



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica.

**“La Pérdida Significativa en Edades Tempranas como Factor de Riesgo de la
Depresión en Adolescentes Colegiales de dos Instituciones Educativas Urbanas
de la Ciudad de Cuenca”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico.

Autores:

Carlos Fabián Castro Cevallos

Pablo Andrés Espinoza Gárate.

Directora: Dra. Emperatriz Medina C.

Cuenca – Ecuador

2011

Dedicatoria:

A Joaquín, por su “te quiero papi”.

A María Paz, por su amorosa impaciencia.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con mucho cariño a mi madre quien me dio la vida, gracias por darme una carrera, un futuro y principalmente por creer siempre en mí. Gracias a su apoyo, confianza y amor puedo concluir mi formación como persona y como estudiante. Solamente madre le devuelvo todos estos años de esfuerzo por haber dado todo para que pueda cumplir mis metas y objetivos.

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por la vida que me regala y este obsequio de permitirme añadir este nuevo mérito a lo que soy, a mi madre por su incansable y desinteresado apoyo, y a mi familia en esta etapa de mi vida.

A las autoridades de la universidad y a cada uno mis profesores por haber compartido e impartido sus conocimientos y saberes, por fomentar la honradez y la ética necesaria para esta hermosa profesión.

En la realización de esta tesis a la Dra. Emperatriz Medina por su acompañamiento, paciencia y dedicación prestada; a los profesores, Magister Martha Cobos, Dra. Ana Lucia Pacurucú e Ing. Carlos Delgado que estuvieron para guiarme en los inicios, estadísticas y cambios necesarios para el éxito de esta tesis.

A las autoridades de los colegios: Colegio Fiscal Mixto “La Inmaculada” y la Unidad Educativa “Corazón de María” de las madres oblatas; y a todos los adolescentes que hicieron posible esta investigación.

A todas las personas que sin mencionarles estuvieron presentes en esta investigación.

GRACIAS.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por llenar mi vida de dicha y bendiciones. Principalmente a mis padres, a quienes agradezco de todo corazón su dedicación, cariño, comprensión y estar siempre a mi lado y de manera especial a mi padre del cual aprendí su honestidad, responsabilidad y a luchar por lo que uno cree.

Agradezco de igual manera a mis hermanos por la compañía y el apoyo que me brindan y sé que cuento con ellos cada momento de mi vida. Igualmente a la persona que está siempre a mi lado por su cariño confianza y creer siempre en lo que puedo lograr.

También agradezco a mis profesores por su disposición y ayuda brindada en especial a la Máster Marieta Fajardo por haberme incentivado en esta carrera.

RESUMEN.

Esta investigación hace un estudio comparativo entre adolescentes que tuvieron pérdidas significativas antes de los 7 años de edad con adolescentes que no han tenido pérdidas hasta esa edad, en dos colegios de la ciudad de Cuenca.

Nuestra hipótesis de que estas pérdidas son un factor de riesgo para que los adolescentes sean vulnerables a tener depresión ha sido comprobada.

Hemos comprobado, también, que ahora son los abuelos quienes se convierten en personas significativas.

El período de edad en la infancia donde se desarrolla el apego es de 0 a 3 años de edad; son estas edades donde la pérdida se hace significativa desarrollando vulnerabilidad en los adolescentes.

ABSTRACT

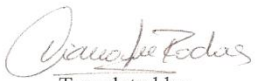
This investigation is a comparative study in two high schools of the city of Cuenca between teenagers who went through a significant loss before the age of seven and teenagers who did not suffer any loss until that age.

Our hypothesis is that these losses are risk factors that make these young people vulnerable of suffering depression.

Also, we have proved that grandparents become significant figures for these adolescents.

During infancy, at the age of three, children become attached to other people. It is during this period when the individual is more vulnerable if he or she suffers a significant loss.




Translated by
Diana Lee Rodas

INDICE.

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1.....	3
LA DEPRESION.....	3
1.1 Concepto.....	9
1.2 Clases de depresión.....	10
1.3 Etiologías de la depresión.....	12
1.3.1 Herencia.....	12
1.3.2 Factores Bioquímicos.....	13
1.3.3 Neuroendócrinos.....	14
1.3.4 Factores Psicosociales.....	15
1.3.5 Género y edad.....	16
1.4 Sintomatología de la depresión.....	19
1.5 Conclusiones.....	23
CAPITULO 2.....	25
FACTOR DE RIESGO.....	25
2.1 Factores de riesgo que inciden en la depresión en la adolescencia.....	25
2.2 Familias disfuncionales.....	29
2.3 Pérdidas significativas.....	36
2.3.1 Teoría del apego.....	39
2.3.2 Tipos de apego.....	42
2.4 Conclusiones.....	55
CAPITULO 3.....	57
LA ADOLESCENCIA.....	57
3.1 Conceptos.....	60
3.2 Características de esta etapa.....	65
3.2.1 Dentro de la personalidad.....	65
3.2.2 Dentro de lo biológico.....	71
3.2.3 Estructura cognitiva.....	73
3.3 Problemas de esta etapa.....	76

3.3.1 Alcoholismo.....	77
3.3.2 Problemas alimenticios.....	82
3.3.3 Identidad y personalidad.....	83
3.3.4 Problemas de autonomía.....	86
3.4 Conclusiones.....	90
CAPITULO 4.....	92
ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	92
4.1 Test de depresión y cuestionario sociofamiliar.....	93
4.1.1 Test de depresión de Beck.....	93
4.1.2 Cuestionario sociofamiliar estructurado.....	94
4.2 Análisis estadísticos.....	95
4.2.1 Análisis del Colegio Fiscal Mixto “Central La Inmaculada”.....	95
4.2.2 Análisis de la Unidad Educativa “Corazón de María” de las Madres Oblatas.....	97
Conclusiones finales y recomendaciones	100
BIBLIOGRAFIA.....	102
ANEXOS.....	105
Anexo 1: Cuestionario de depresión de Beck.....	105
Anexo 2: Cuestionario sociofamiliar estructurado.....	107
Índice de Cuadros	
Cuadro N° 1 Cuadro comparativo de alumnos con pérdidas significativas y niveles de depresión del total de alumnos presentes.....	95
Cuadro N° 2 Estadísticas de los niveles moderado y severo de depresión, la edad de pérdida y persona significativa del Colegio Central La Inmaculada.....	96
Cuadro N° 3 Cuadro comparativo de alumnos con pérdidas significativas y niveles de depresión.....	98
Cuadro N° 4 Estadísticas de los niveles moderado y severo de depresión, la edad de pérdida y persona significativa del Colegio Corazón de María.....	99

INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa primordial en todo tipo de sociedad y cultura, cada una de ellas tiene una forma singular de prepararles para la adultez, sin embargo los cambios y adversidades influyen en el desarrollo del adolescente en su contexto psicológico, físico, cognitivo y social.

Estos problemas o inconvenientes se suman a los conflictos propios del adolescente en la asunción de su identidad y personalidad, pero la depresión es un problema cada vez más acentuado en esta etapa. Según la Organización Mundial de la Salud¹, esta enfermedad para la década del 2020 será la segunda causa de consulta, teniendo a los problemas cardiovasculares en primer orden; es por eso la importancia de tratar de concebir de otra manera la causalidad de la depresión, en este caso tomaremos en cuenta las pérdidas de personas significativas en edades tempranas y emplear ese saber para implementar planes de prevención.

Los problemas de depresión en la adolescencia acarrearán consigo un sinnúmero de síntomas adyacentes; el malestar es global, dentro de la familia, lo académico, lo social, lo comportamental y los conflictos internos del adolescente, es por eso que los pseudosuicidios y los suicidios han subido de índice en Cuenca y el país. Este dato es relevante porque la mayoría de los datos estadísticos corresponden a las edades entre 15 y 19 años (datos del Consejo de Seguridad Ciudadana del Azuay, 2008), de igual manera los pseudosuicidios corresponde al género femenino y los suicidios al género masculino.

La investigación contiene un marco teórico que inicia con un capítulo acerca de la depresión, su concepción, etiología e historia de la misma. Como segundo capítulo un análisis sobre el factor de riesgo que llega a ser las pérdidas significativas en edades tempranas y la importancia de la familia para la pérdida o la creación de fortalezas en el adolescente. En el tercer capítulo tratamos sobre la adolescencia, base de estudio de nuestra tesis, sus características y desarrollo de la misma, los

¹ Tomado de la página de la OMS: www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr37/es/

problemas propios de esta etapa para tener una idea más cercana del vivir del adolescente en la actualidad.

El objetivo principal es determinar si las pérdidas significativas en edades tempranas son un factor de riesgo para el adolescente, volviéndole vulnerable para adquirir algún nivel de depresión, sumamos a esto la edad, el género y las personas que hoy en día se vuelven significativas.

CAPITULO I

LA DEPRESION

La depresión ha sido tratada desde la antigüedad, inicialmente se la denominó melancolía y proviene etimológicamente del griego clásico μέλας que es "negro" y χολή que es "bilis" que hace relación a los humores secretados por el cuerpo humano; luego es usada la raíz latina *depressus* que significa abatimiento; es uno de los trastornos psicológicos más pretéritos de los que se tiene constancia en escritos y obras de arte.

El origen del término melancolía fue utilizada por Hipócrates² en la elaboración de su teoría de los cuatro humores con los que clasificaba a las personas: sanguíneos, los emocionales; flemáticos, los equilibrados; los de bilis amarilla, los coléricos y los de bilis negra que eran los melancólicos, apáticos o tristes. En el año 1725 el término depresión fue utilizado por el británico Sir Richard Blackmore³ que fue poeta y médico del rey Guillermo III de Inglaterra quien hablaba que estar deprimido es estar en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt (1764) relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. En el siglo XIX el término depresión se establece conservando un uso popular y literario⁴.

Wilhem Griesinger⁵ empleó por primera vez el término "*estados de depresión mental*" como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin⁶ la designa como "*locura depresiva*" en sus clasificaciones sin renunciar al término melancolía para nombrar la enfermedad y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo. Adolf Meyer⁷ propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión.

Los griegos y romanos fueron los primeros en hacer estudios y análisis acerca de la depresión.

² Sigerist, H. Historia de la Medicina, Oxford University Press, New York, 1961, Segunda edición, pág. 323

³ Jackson, Stanley W. Historia de la melancolía y la depresión.

⁴ Domínguez García, V. sobre la melancolía, Psicothema, 1991, tercera edición, pág. 259 - 267

⁵ Neurólogo y psiquiatra alemán.

⁶ Psiquiatra científico alemán, realizó estudios en psicofarmacología y genética psiquiátrica.

⁷ Psiquiatra suizo, estudió neuroanatomía y neurofisiología.

A manera de historia tenemos: Areteo de Capadocia, de la escuela ecléctica, médico romano del siglo I, describe la melancolía como una frialdad del ánimo tendente a la tristeza y a la pesadumbre. Celso desarrolla algunas observaciones para el tratamiento que incluyen terapias ambientalistas, de distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente o viajes periódicos a otros países, también incluye propuestas de tratamiento farmacológico como la sangría o purgas estomacales a base de eléboro blanco⁸.

Sorano de Éfeso, representante de la escuela metodista, considera a la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. Rechaza la teoría de los humores porque creía que el origen estaba en el estómago⁹.

En la Edad Media hay aportaciones médicas de tres fuentes: el imperio bizantino, surgido de los restos del Imperio Romano de Oriente; el mundo islámico, en plena expansión; y la Europa Occidental, dominada por una concepción cristiana.

Bizancio (ciudad de Italia) con el médico Oribasio de Pérgamo recalca los dos síntomas principales de la melancolía: el miedo y la tristeza; y cita a Rufo de Éfeso quien afirma que el mejor tratamiento contra la melancolía es el coito, porque “hace desaparecer las ideas obsesivas del alma y aquietta las pasiones desbocadas”. Pero es el gran médico bizantino, Pablo de Egina, quién en su *Epitome, Hypomnema o Memorandum* registra por primera vez el error de asimilar melancolía y posesión demoníaca:

“La melancolía es un trastorno del intelecto sin fiebre... Los síntomas comunes a todos ellos son el miedo, la desesperación y la misantropía. Algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir; algunos ríen constantemente, y otros sollozan; algunos se creen impelidos por altas

⁸ Starobinski, J. historia del tratamiento de la melancolía desde los orígenes hasta 1900, Geigy, Basilea, Suiza, 1962, pág., 21

⁹ Celio Aureliano, enfermedades Crónicas, primera edición, pág. 180

instancias, y predicen el futuro como si estuvieran bajo la influencia divina; y a estos, por ello se les llama endemoniados o posesos¹⁰”.

Con la expansión del islam en el siglo VII se produce una relación sincrética y muy productiva en el campo de la medicina árabe, basándose en las obras clásicas de los autores griegos y romanos. Ishaq Ibn Imran, en el siglo X, en Bagdad describe en su *Maqâla fî âl-Malihûliyâ* (“Tratado de la Melancolía”, única obra árabe dedicada exclusivamente a este trastorno) que en estos pacientes hay sentimientos de angustia y soledad debidos a una idea irreal; incluye algunos síntomas somáticos como la pérdida de peso y sueño. La melancolía puede surgir por motivos como el miedo, el tedio o la ira. Distingue entre tristeza, ansiedad, angustia, trastornos psicósomáticos y somatopsíquicos. Conserva una concepción basada en la teoría humoral, mas aporta ideas acerca de su etiopatogenia que se alejan del concepto clásico: las actividades del alma racional (el pensamiento arduo, el recuerdo, las fantasías o los juicios) pueden arrastrar al alma susceptible a la melancolía, como los enamorados o los sibaritas, o los que se exceden en la lectura de libros de medicina o filosofía¹¹.

En la Escuela Médica de Salerno con Constantino el Africano quien asume que la melancolía aqueja al espíritu más que otras enfermedades somáticas. Establece diferentes tipos de melancolía: la hipocondríaca ubicada en la boca del estómago y otra en alguna zona profunda del cerebro. La definición de la tristeza está en (anticipando interpretaciones psicoanalíticas) la pérdida del objeto amado. Menciona: *“Cuando los efluvios de la bilis negra suben al cerebro y al lugar de la mente, oscurecen su luz, la perturban y sumergen, impidiéndole que comprenda lo que solía comprender y que es necesidad que comprenda. Por consiguiente se padece vigilia, malicia, demacración, alteración de las virtudes naturales, que no se comportan según lo que solían, mientras estaban sanas¹²”.*

Desde una perspectiva religiosa la melancolía se la categorizó como "demonio", entendido como tentación o pecado, pasando a denominarse acedia o *apátheia* (desidia, apatía). San Isidoro de Sevilla indica cuatro defectos de la tristeza: el

¹⁰ Pablo de Egina en *Corpus medicorum Graecorum*, IX, Editorial Heiberg

¹¹ *Medicina Islámica*, 74. Editorial Ullmann

¹² Constantino el Africano, “De melancolía”, Pagés Larraya, F. acta, suplemento 1, Buenos Aires, 1992.

rencor, la pusilanimidad, la amargura y la desesperación; y siete de la acedia: la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad.

La novedad en el Renacimiento es la descripción aristotélica del temperamento melancólico y su relación con el genio artístico y la locura creativa. Marsilio Ficino, médico florentino neoplatónico del siglo XV analiza la obra de Aristóteles (*Problemata XXX*) y propone que las personas con mayor cantidad de bilis negra poseen unas dotes especiales para la creación artística.

La figura más importante del Renacimiento fue Robert Burton¹³ (1577-1640), quien redactó su libro “Anatomía de la Melancolía” (publicada en 1621), en su ensayo médico y filosófico resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. En sus tres tomos se ofrece una concepción multifactorial de la depresión, donde esta enfermedad puede tener varias causas: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Puede localizarse en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías, de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía. La obra concluye con un extenso poema, resumen del autor de su concepto de melancolía.

“Cambiaría mi situación por la de cualquier infeliz que puedas traer de la cárcel o de las mazmorras; mis cuitas ya no tienen cura, es el infierno. No puedo seguir viviendo con esta tortura, ahora, desesperado, odio o un cuchillo. Todas mis penas son, ante esto, alegrías, no hay maldición como la melancolía¹⁴”

En el siglo XVII, edad moderna, la crisis del modelo mercantilista y el surgimiento de la concepción mecanicista de la ciencia determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía. Thomas Willis¹⁵ (1621-1675) es el primer médico en

¹³ Fue un clérigo y erudito inglés, fue profesor de la Universidad de Oxford

¹⁴ *Anatomía de la melancolía*, resumen de la Melancolía, por el autor. Últimos versos. Robert Burton.

¹⁵ Médico inglés, profesor de la Universidad de Oxford, su obra principal: “Anatomía del Cerebro”

rechazar la teoría de los cuatro humores y atribuye a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Indica cuatro tipos de melancolía de acuerdo a su origen: la debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo, y una última clase de melancolía "histórica", cuyo origen se encontraría en el útero. Es considerado el pionero de la neuroanatomía y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, pero introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general desarrollados después por John Locke, el más notable de sus discípulos.

Los experimentos con el descubrimiento de la electricidad transformaron el campo de la fisiología para dar lugar a los conceptos de sensibilidad e irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. Newton¹⁶ en su *Principia* (1713) decía: “... y los miembros de los cuerpos animales se mueven por orden de la voluntad, es decir, por las vibraciones de este fluido [el éter], propagado a lo largo de los filamentos sólidos de los nervios, desde los órganos exteriores de los sentidos al cerebro, y del cerebro a los músculos”.

Siguiendo con ese planteamiento William Cullen¹⁷ (1710-1790) estudió los conceptos de carga y descarga en los seres vivos sometidos a electricidad y extrapoló sus hallazgos a la función cerebral. Así relacionó a la depresión con un estado de menor energía cerebral: el depresivo sufría una situación de falta de tono nervioso o "anergía".

William Cullen se dedica en la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar las enfermedades, incluyendo a la depresión dentro del apartado de neurosis o “enfermedades nerviosas”. El exceso de torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa sería la causa principal de la depresión, dándose con este autor definitivamente por abandonada la bimilenaria teoría humoral.

¹⁶ Físico, filósofo y médico, “Principia” es un tratado de los principios matemáticos de la filosofía natural.

¹⁷ Fue médico y químico escoses, el primero en utilizar el término neurosis

La revolución francesa y su vástago, la revolución industrial, cambiarán definitiva y completamente el modo de entender a la persona enferma y en forma especial a la enfermedad mental. El padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, dice que el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados...). Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto¹⁸.

Su principal discípulo, Jean Dominique Esquirol, reformó la psiquiatría y sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Adoptó el término de monomanía para algunos tipos de depresión, y apuntó de una manera muy adelantada, a la "enfermedad" (*monomanía instintiva*) como causa de determinados comportamientos delictivos¹⁹. Aquí comenzará el proceso que culmina en pleno siglo XX de identificación (confusión, en algunos casos) entre trastorno anímico (tristeza patológica) y enfermedad mental (depresión).

Las descripciones nosológicas de Pinel y Esquirol se demuestran como síndromes, más que como entidades propias. La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a tipificar a los pacientes. En este contexto Jean-Pierre Falret describe en 1854 la locura maniaco-depresiva en su tratado: "*Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de melancolía*".

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología comprende alteraciones del pensamiento y

¹⁸ Tratado Médico – Filosófico de la Enajenación Mental y Manía. Philippe Pinel, 1801.

¹⁹ El término “monomanía” se introdujo por primera vez en el Diccionario de la Academia Francesa, en 1835.

los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además puede expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La biopsiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicos cómo la interacción de determinados neurotransmisores que influyen en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

1.1 Concepto.

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *de* y *premere* que significa empujar u oprimir hacia abajo.

La enciclopedia Microsoft Encarta 2007 define a la depresión como: un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

El CIE-10 define a la depresión como un desorden de tipo afectivo y habla de periodos depresivos leve, moderada y grave; el episodio leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar con aumento de la fatiga; en el episodio moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y dentro del episodio depresivo grave se presenta angustia o agitación, pérdida de autoestima, grandes sentimientos de culpa e ideas suicidas.

Para Ricardo Capponi²⁰ la depresión es: *“un estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza, que va desde la formulación de yo estoy triste, molesto, afligido, desesperado hasta un sentimiento interno indescriptible y horrible”*. La expresión de este estado es variable, algunos lloran, otros visiblemente se ven derrotados o muy conmovidos, hasta los que están como petrificados en el dolor y el sufrimiento. La escala de depresión de Hamilton pondera la intensidad de este sentimiento de tristeza de la siguiente manera:

0 = ausente.

1 = las sensaciones se indican solamente al ser preguntadas.

2 = estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.

3 = las sensaciones son comunicadas por la expresión facial, tono de voz y tendencia al llanto.

4 = el paciente manifiesta estas sensaciones en forma verbal y no verbal espontáneamente.

El autor señala que el término depresión más habitualmente se usa en un sentido sindromático, o sea connotando un cuadro clínico con un conjunto de síntomas, de los cuales los más importantes son: la tristeza, soledad, desesperación, pesimismo, sentimientos de culpa y desvalorización.

1.2 Clases de depresión.

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambas la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal y una categoría basado en su etiología y que es debido a enfermedades médicas. En la primera, el trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maníaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

²⁰ Psicopatología y Semiología Psiquiátrica, Ricardo Capponi. Página 92

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio.

En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo. Otros síntomas son el exceso de locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesiva, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño.

Para una mejor comprensión de estas variables dentro de la depresión nos acogemos al DSM-4 manual de diagnóstico para los problemas psicológicos.

Los problemas del estado de ánimo (afectivos) y depresivos dentro del DSM-4 son:

- Episodios afectivos
 - Episodio depresivo mayor
 - Episodio maníaco
 - Episodio mixto
 - Episodio hipomaníaco
- Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico.
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

- Trastorno del estado de ánimo no especificado

1.3 Etiologías de la depresión.

No existe una sola etiología para estudiar la depresión, puede estar causada por uno o varios factores, así encontramos diferentes razones que intentan explicar este tipo de trastorno.

1.3.1. Herencia: la depresión implica no sólo respuestas afectivas o cognitivas en la persona que la vive, sino también cambios fisiológicos profundos que, al menos en parte, pueden depender del perfil genético, indicando que se puede haber heredado una predisposición biológica.

Numerosos niños crecen con padres que en determinados momentos, o de forma persistente, sufren algún tipo de depresión. Una considerable proporción de estos niños presentarán problemas psíquicos, menciona Emil Kraepelin (1913), a menudo depresión en alguna vez en sus vidas, además existen estudios donde señalan la importancia de la gravedad de los síntomas depresivos de las madres y la disfunción de dichas familias como factores de riesgo de depresión en los hijos, sin olvidarnos los factores de tipo genético; los padres no sólo configuran el contexto inmediato de aprendizaje vital para relacionarnos con nosotros mismos y con los demás, sino que también nos definen en gran medida biológicamente ya que de cada uno de ellos recibimos la mitad de nuestros genes. De esta forma cada hijo tiene una combinación genética que, durante los primeros años de vida, interaccionan con el medio ambiente en un proceso epigenético de gran importancia en el desarrollo del sistema nervioso central.

Los genes y ambiente interactúan a lo largo de la vida de una persona dando lugar a situaciones biológicas cerebrales de constante cambio; los niveles de neurotransmisores y el número de ciertos receptores neuronales operarán como mecanismos adaptativos a la realidad compleja y casual de la vida. La eficacia en desarrollar dichos mecanismos cerebrales adaptativos quizá dependa en una medida importante de la presencia de variantes genéticas, exclusivas de cada sujeto que constituirían un perfil genético de vulnerabilidad para algunas enfermedades

mentales, entre ellas la depresión. Se asume que los hijos de padres afectados por formas graves de depresión son sujetos de alto riesgo para estos trastornos. Sin embargo, se desconoce de qué manera estos factores, independiente o conjuntamente, influyen en la transmisión de la depresión de padres a hijos y qué mecanismos genéticos sustentan dicha vulnerabilidad.

Una sencilla y primera aproximación a los agentes hereditarios implicados en un trastorno nace de la observación de las familias y del estudio de la prevalencia del trastorno entre sus miembros. Permite calcular el riesgo mórbido familiar para el diagnóstico; un trastorno hereditario presentará, en hipótesis, una mayor prevalencia entre los familiares de los afectados. En 1966, Angst²¹ y Perris²², por primera vez diferenciaron el trastorno bipolar del trastorno unipolar en los estudios de familia. Este trabajo comprobó un aumento de trastorno bipolar entre los familiares de primer grado de pacientes afectados por depresión bipolar. Estudios posteriores han corroborado estos hallazgos.

El umbral de susceptibilidad es, básicamente, el modelo poligenético-multifactorial más aceptado en la actualidad que trata de la acción aditiva combinada de muchos genes y factores ambientales, en otros términos la enfermedad mental no es causada o determinada por una alteración genética puntual, sino que cada gen implicado desempeña un pequeño papel en la susceptibilidad o la predisposición²³.

1.3.2. Factores Bioquímicos: está teoría ha demostrado cambios en las monoaminas cerebrales como: noradrenalina, dopamina, serotonina. La teoría de las catecolaminas, postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales. Se ha visto que un déficit de serotonina sería un prerequisite básico en la etiología de la depresión, implícitamente se supone que esta deficiencia se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y esto secundariamente produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina. Por otra parte se ha postulado que el cortisol

²¹ Psiquiatra Alemán, realizó estudios de bipolaridad en la universidad de Pisa

²² Carlo Perris, Psiquiatra y Psicólogo Cognitivo Estadounidense.

²³ En 1966, Angst y Perris

desempeña un papel en la etiología de la depresión; algunos estudios (Casat y Powell²⁴, 1998; Puig Antich²⁵ et al. 1989) han demostrado que los niños y adolescentes gravemente deprimidos pueden manifestar hipersecreción de cortisol.

También se ha sugerido que la hormona de crecimiento (GH) desempeña un papel en la patogénesis de la depresión. Ryan et al²⁶ (1992 - 1994) observó diferencias significativas entre los grupos de niños prepuberales con trastorno depresivo y los sujetos control, bajo la prueba de provocación de hormona de crecimiento como la estimulación serotoninérgica. Se encontraron mayores concentraciones de hormona de crecimiento en adolescentes deprimidos que en comparaciones de sujetos control de similares características.

Además, existen estudios que muestran disminución de los metabolitos de neurotransmisores en el líquido cefalorraquídeo (LCR). A pesar de todas estas hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan no está esclarecido por completo. Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen desregulaciones o desequilibrios en varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina, se han involucrado el GABA, el glutamato, la dopamina y la acetilcolina²⁷.

1.3.3. Neuroendócrinos: múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) en los trastornos depresivos. Existe aumento del factor liberador de la corticotrofina (CRF) en el plasma y en el LCR. Con tratamiento estos hallazgos generalmente se normalizan, la persistencia de la no superación de la dexametasona después del tratamiento predice mayor probabilidad de recaída (Navines & Gastó²⁸).

²⁴ Psicólogos infanto juveniles de procedencia hebraico – español.

²⁵ Puig Antich Joaquim. Médico Español especializado en psicomatizaciones y psicología clínica.

²⁶ Médico psiquiatra - pediatra estadounidense investigador de la universidad de Michigan.

Especializado en depresión en adolescentes.

²⁷ Tomado del libro “Como vencer la depresión” de Berta G. Estalovski, es Psicóloga Clínica en Buenos Aires.

²⁸ Tomado de la página web revisado el 28 de septiembre de 2001:

<http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/4513/>. Son médicos psiquiatras de Barcelona España.

El aumento de los glucocorticoides disminuye la actividad del factor de crecimiento neuronal con disminución del tamaño de las neuronas y del tejido glial, especialmente en áreas prefrontales.

Un descubrimiento muy importante y que persiste después de mejorar la depresión, es el de la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento durante el sueño.

1.3.4. Factores Psicosociales. (Acontecimientos Vitales): las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés, llamadas acontecimientos vitales, son factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales sobre un individuo que tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se cree que las personas deprimidas experimentan más acontecimientos vitales en los meses que anteceden al inicio de los síntomas. Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales.

Los acontecimientos vitales más importantes para precipitar una depresión serían los: no deseados, no controlables, inesperados, y que sean una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo como: muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia serían los más asociados al inicio de un trastorno depresivo.

Freud²⁹ (1972) estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de su ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Esto se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida, y agresión por sentirse abandonado. A través del duelo el sujeto se

²⁹ Freud, S. (1930). Duelo y melancolía. In *Obras Completas, Vol. XIV* (pp. 235 - ss). Buenos Aires: Amorrortu.

libera poco a poco de la persona perdida y así puede de nuevo interesarse en otras cosas o personas. Durante este período la sociedad y la cultura proveen apoyo al doliente, quien así puede reorientarse.

En el duelo anormal o patológico el paciente se comporta como si la pérdida fuera más severa y los factores inconscientes son oscuros para la persona. Freud postuló que la depresión patológica se debía a la identificación con el muerto o lo perdido y la ambivalencia que el niño siente contra sus padres en los períodos tempranos de la vida.

Parece que la separación y pérdida de las personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente.

Se han de considerar, también, los problemas de salud física por suponer igualmente una pérdida. Sin embargo, se ven muchos sujetos con trastornos afectivos con antecedentes que no detectan acontecimientos desfavorables y de igual forma se ven personas que padecen dificultades y pérdidas considerables sin manifestar ningún síntoma depresivo.

Se ha demostrado que hay un aumento de depresiones después de situaciones como desastres naturales, guerras, permanencia en prisiones y períodos de desintegraciones sociales.

Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento frente al estresor.

1.3.5. Género y edad. La depresión en la mujer (Graciela Rojas³⁰, 1998): Las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado

³⁰ María Graciela Rojas Castillo, Doctora Cirujana, especialista en psiquiatría y Salud mental Chilena. Revista médica de Chile, volumen 126

de ánimo de las mujeres. Los cambios de los niveles hormonales se producen por una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular a los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Así mismo, ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en las mujeres.

La depresión en el hombre (Graciela Rojas, 1998): aunque el hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresiones que la mujer, a la vez es más reacio para admitir que está deprimido.

Por lo tanto el diagnóstico en el hombre puede ser más complicado en hacerlo. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, en el hombre hay una tasa más alta de muerte que se da junto con el trastorno depresivo.

El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda.

La depresión en la vejez (Graciela Rojas, 2000): es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo renuente a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza. La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo pueda prolongarse por mucho tiempo. Los psicólogos y

demás profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente.

Los síntomas depresivos pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones cotidianas y a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión.

La Depresión en la Adolescencia (Roudinesco³¹, 2000): no existen causas únicas claramente definidas en los diferentes casos de depresión en la adolescencia. La depresión en estas edades suele ser, de hecho, la expresión fenotípica de un camino final común de numerosos procesos patogénicos. Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, duración y recurrencia de trastornos del estado de ánimo en la adolescencia que ya hemos señalado; factores biológicos, socioculturales y psicológicos que interaccionan para aumentar el riesgo de desarrollar depresión.

Aunque se han elaborado diversas hipótesis no existen alteraciones neuroendocrinas específicas asociadas a la depresión infanto-juvenil. Entre los factores socioculturales tenemos los de más trascendencia: los factores familiares que se asocian con depresión incluyen depresión parental, conflicto o divorcio y separación precoz de un padre o una madre.

Los adolescentes con depresión muestran frecuentemente baja autoestima, alta autocrítica, distorsiones cognitivas significativas, sentimientos de ausencia de control sobre los acontecimientos negativos, desesperanza y déficit en las habilidades sociales, comparados con los adolescentes no deprimidos.

El modelo de “distorsión-cognitiva” de la depresión mantiene que los adolescentes ven una imagen negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada de Beck), y con estilos negativos para interpretar y afrontar el estrés, como los acontecimientos

³¹ Roudinesco, E. “¿Por qué el Psicoanálisis?”, Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000, página 18.

vitales. El modelo de “desesperanza aprendida” (Martin Seligman³², 1996), se caracteriza por el desarrollo de actitudes pasivas ante situaciones a las que no se ve salida, lo que conduce a un estado penetrante de desesperanza aprendida que predispone a la depresión.

La depresión en la niñez (Roberto Moran³³, 2004): la depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido.

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión.

A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres o el maestro menciona que el "niño no parece ser el mismo". En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psicólogo. Los niños constituyen una población diferente y no pueden ser tratados como si solo fueran adultos en miniatura. Una forma definida de depresión, denominada depresión analítica tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida en niños que han estado separados de su madre.

1.4 Sintomatología de la depresión

Los pacientes que padecen depresión pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología (Alfonso Chinchilla, 2008) que presentan:

³² Psicólogo y escritor norteamericano de la universidad de Pensilvania. Presidente de la American Psychological Association.

³³ Psicólogo Infantil chileno.

El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos como: tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, anhedonia..., tristeza patológica que es una sensación muy profunda, arrasadora, que el paciente se siente "de baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Como dato importante adicionamos que el 15% de estos pacientes terminan suicidándose.

El segundo grupo consulta por síntomas generales u orgánicos como: insomnio, anorexia, cansancio, cefaleas, vértigo...

El tercer grupo se manifiesta por síntomas psiquiátricos dentro de las cuales predomina la ansiedad, que también es a menudo mal diagnosticado y mal tratado.

Los síntomas más importantes para ser tomados en cuenta el momento del diagnóstico son el ánimo deprimido y la pérdida de interés en todas o casi todas las actividades diarias de la persona. Se manifiesta por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada o inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte, ideación o intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual.

Aunque en este subgrupo predominan los síntomas depresivos, esto no quiere decir que los síntomas generales y los somáticos estén ausentes. Son frecuentes el insomnio la hipersomnía; la anorexia con una pérdida marcada del peso o la hiperfagia; la fatiga, el cansancio, la constipación, pérdida o disminución de la libido, los trastornos menstruales. El ciclo diurno puede estar invertido que es estar peor por la mañana y mejor en el atardecer y la noche.

También pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente la cefalea, y muchos otros síntomas orgánicos, manifestaciones hipocondriacas, ansiedad, etc.

Predominio Somático: aunque cualquier síntoma somático pueda estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son: trastorno de homeostasis general,

problemas dolorosos, neurológicos y autonómicos. Algunos autores denominan “enmascaradas” a estas depresiones en las cuales predominan los síntomas orgánicos, pero es importante que ellas generalmente se acompañen de los síntomas cuya presencia confirmará al paciente al ser entrevistado correctamente.

Los dolores asociados a la depresión son el síntoma inicial hasta en el 35% de los pacientes deprimidos. Los más comunes son las cefaleas (peso en la cabeza); las algias articulares, dolores torácicos, dolores de los miembros, abdominales y neuralgias, en general estos dolores son vagos difusos, atípicos. Varios estudios reportan que pacientes con dolor sin causa orgánica conocida, frecuentemente mejoran al ser tratados con antidepresivos y psicoterapia. Los resultados son más favorables en dolores que han durado menos de un año y en aquellos que se inician al mismo tiempo que los síntomas depresivos.

Siguiendo la clasificación de criterios diagnósticos tenemos los siguientes signos y síntomas para hacer posible el diagnóstico del paciente.

Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV); los síntomas principales y fundamentales del episodio depresivo mayor, es un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades diarias. El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial y sujeta al individuo quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza normal porque ésta es más limitada e interfiere menos con la calidad de vida del sujeto. Otro síntoma cardinal es la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta las actividades que antes le eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante del deseo y disfrute sexual.

Debe además presentar síntomas como cambios en el apetito o peso, sueño, actividad psicomotora y energía disminuida, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones o pensamientos recurrentes de muerte e intentos de suicidio. El apetito generalmente está disminuido, pero también puede estar aumentado repercutiendo en la pérdida o ganancia significativa de peso.

El insomnio también es un síntoma muy común, generalmente la persona se despierta durante la noche y le cuesta volver a dormir conocido como insomnio intermedio, o se despierta en la madrugada (insomnio terminal). La dificultad para conciliar el sueño o insomnio inicial también es muy recurrente. La hipersomnia es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna.

La persona no se puede mantener quieta, el que padece depresión tiene movimientos lentos, lenguaje monótono y lento que llega hasta el mutismo. La autoestima se ve disminuida, se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o de la culpa sobre faltas pasadas aun mínimas, esto puede ser de carácter delirante como en la depresión psicótica. La concentración es deficiente y se torna difícil tomar decisiones presentando lentitud mental. La ideación y los intentos de suicidio son los riesgos más serios de la depresión.

Trastorno Depresivo Mayor (DSM-IV): muestra síntomas de los episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos e hipomaniacos. De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente.

Episodio Único: solo se ha presentado un episodio depresivo mayor.

Recurrente: este es el más común y algunos investigadores estiman que se pueden presentar hasta en el 80% de los pacientes. De acuerdo con la severidad se divide en: leve, moderado, severo sin características psicóticas y severas con características psicóticas.

Leve: pocos síntomas en exceso de los cinco requeridos para hacer el diagnóstico según el DSM-IV. No existe un deterioro en el área social, familiar o laboral.

Moderado: síntomas intermedios su área laboral social se ven algo afectados.

Severo sin características psicóticas: varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico y una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional y social.

Severo con características psicóticas: en este nivel existen ideas delirantes o alucinaciones, éstas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y generalmente son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Las incongruencias son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control delirante etc. Estas depresiones requieren tratamiento combinado con antipsicóticos, y antidepresivos.

Melancólica: los síntomas de este tipo son la pérdida del placer en todas o casi todas las actividades o falta de reactividad a estímulos que usualmente son placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno. Además presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: calidad diferente del ánimo, depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retardo o agitación psicomotora, anorexia y culpa excesiva o inapropiada.

Atípica: se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante periodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Debe tener presente por lo menos dos de los síntomas del episodio depresivo. La depresión atípica es tres veces más recurrentes en mujeres.

Distimia: la característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años y no puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los periodos de depresión se cumplen por lo menos dos de los criterios de un episodio depresivo mayor. En resumen son pacientes con una depresión relativamente leve de duración larga y con intervalos muy cortos asintomáticos.

1.5 Conclusiones.

La depresión ha sido y es uno de los problemas psicológicos más antiguos y tratados, podemos ver su evolución desde la manera de conceptualizarlo, la forma de ser abordado y buscar su etiología, desde esta óptica se han podido clasificar los tipos o

niveles de depresión y así poder tratarlas, curar y tener una idea más clara, también, con referencia a la edad, género y periodos de crisis propias de las personas, como en nuestro caso, de manera más preferencial, de los adolescentes.

El poder dividir en niveles la depresión nos permite a cada nivel establecer su sintomatología o características principales, siendo en los adolescentes los más enfatizados el estado variable de ánimo (irritabilidad, aislamiento...), los problemas alimenticios, los problemas de sueño, problemas conductuales e ideas sobre la muerte.

Tener algunas escuelas psicológicas que ayudan a la comprensión, su causa y manera de tratarla es otro determinante de gran ayuda para la depresión en los adolescentes.

CAPITULO II

FACTOR DE RIESGO.

2.1 Factores de riesgo que inciden en la depresión en la adolescencia.

La depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con éste, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o tienen poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos estresantes. (Mackinnon, 1973³⁴).

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes, debido a que su comportamiento normal se caracteriza por altibajos en el estado anímico. Estos cambios de estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días.

La depresión anímica persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos. Estos signos y síntomas pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, comienza de manera muy diferente a estos síntomas y signos clásicos.

El hecho de dormir mucho, un cambio en los hábitos alimentarios, incluso la conducta delictiva, pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir. (Casullo, M. M; Bonaldi, P.D; Fernández, M, 2000)

Para una mejor comprensión dividiremos los factores de riesgo en tres instancias:

³⁴ Doctor Roger Mackinnon, es médico psiquiatra en Oxford.

Los factores de riesgo personal, los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para padecer de depresión son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realísticamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta depresiva. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables. (Nolen, Hocksema y Girgus, 1994³⁵).

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis.

Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas o conflictivas, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes, pueden tornarse potencialmente

³⁵ Susan Nolen et al, son psicólogos clínicos de la universidad de Pensilvania.

depresivos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.

- Separación de una persona significativa sea familiar, amigo, compañero.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en el colegio o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Presión del grupo a determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Padecimiento de una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Ser víctima de desastres naturales.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a golpizas.
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

A esto se suma los factores de riesgo familiares. Los factores familiares y el contexto social podrían convertirse en un papel importante en el desarrollo de la depresión de los adolescentes, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control del adolescente, que ocurren como un acontecimiento no predecible y que son recurrentes a lo largo de este tiempo.

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en la descendencia, por lo que habría factores genéticos asociados. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y

cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del estado de ánimo. (Welsh – Alli & Ye, 1998; Weissman, 1984³⁶).

El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión. El contexto familiar en el que vive el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de la depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescente.

Son, también, factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo significativo. (Anne E. Stern, Debarh L. Lynch, R. Kim Oates, Brian I. O'Toole y Georgen Cooney, 1995³⁷)

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los adolescentes.

Por último los factores de riesgo relacionados con el entorno. La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social. De esta manera, los adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

Otros factores asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de

³⁶ August Weissman, es biólogo alemán, desarrolla la Teoría de la Herencia de Organismos Multicelulares. Herencia de la depresión.

³⁷ Grupo de investigación de psicólogos clínicos, cognitivos, infantiles y sociales de la universidad de Sídney – Australia, hacen estudios sobre el maltrato infantil y su impacto en el desarrollo psicosocial.

salud en los adolescentes o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. (Hetherington, 1993, Simons & Associates, 1996³⁸).

No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano. El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión.

Deberían considerarse adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los reclusos en instituciones de seguridad.

La adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, por lo que tendrán que ser consideradas las particularidades de cada caso.

Recordemos que los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento y pueden llegar a tener un valor predictivo. (Hetherington, 1993; Simons & Associates, 1996)

2.2 Familias disfuncionales.

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a enormes variedades que podemos encontrar. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento" (Minuchin y Fishman³⁹, 1985).

No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos, en su ejercicio parental o maternal.

³⁸ Neuropsiquiatras del Hospital Bellevue y de la facultad de medicina en la universidad de New York.

³⁹ Tomado del libro "Técnicas de Terapia Familiar" de Salvador Minuchin. Argentina 2002.

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución. Es el grupo celular de la sociedad, una institución que ha existido a lo largo de la historia, ha compartido siempre las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de los miembros de esta. No es una entidad estática sino que está en un cambio constante igual que sus contextos sociales.

Se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí. Las relaciones que se establecen en la familia son:

Simétricas: aquellas en las que se actúa de manera igualitaria. Por ejemplo, el sub-sistema de los hermanos o el subsistema marido-mujer.

Complementarias: aquellas en las que hay asimetría en la relación. Por ejemplo, las relaciones madre-hijo.

Los conflictos y los cambios forman parte de la vida familiar. Cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose. Pero siempre existe cierta fuerza llamada “homeostasis” que dificulta el cambio. La homeostasis es la tendencia de la familia a permanecer igual, a no cambiar. A su vez, también existe la “morfoestasis” que es la que posibilita el cambio, es decir, permite que la familia se adapte a nuevas situaciones.

La familia puede identificar a uno de sus miembros como “el que causa el conflicto”, al que se suele señalar como “el portador del síntoma”. Este suele ser el más vulnerable. Cada familia es única e irrepetible y de ahí la imposibilidad de crear tipos de familias para acomodarlas a determinados patrones, entonces hablaremos de configuraciones familiares y se ha de entenderlas como hipótesis de trabajo de la vida familiar, pues: "la tarea es llegar a obtener información que los miembros de la

familia no consideran pertinente y más difícil todavía obtener la información que aquellos no disponen". (S. Minuchin, 1997)

Con esto se pretende propiciar un conocimiento que permita ampliar la visión acerca de lo que consideramos como familia; hecho de vital importancia para el trabajo a realizar, desde sus orígenes, con la cotidianidad familiar fuente de crecimiento y empoderamiento pero también de dificultades tan diversas y complejas para poder definir las como "sanas" y disfuncionales.

Así, se necesita desarrollar la empatía para comprender la diversidad familiar y partir de una realidad que permita construir conjuntamente con la familia relaciones más sanas, duraderas y autónomas.

Familias de Pas de Deux: en la familia compuesta de dos personas, se puede conjeturar que con probabilidad las personas están muy apegadas. En el caso de la madre e hijo es posible que este pase mucho tiempo en compañía de adultos. El niño puede mostrar adelanto en su capacidad verbal, parecerá más maduro e interesado en algunos temas relevantes para sus coetáneos.

La madre tiene la posibilidad de dar al hijo más atención de la que podría si tuviera marido u otros hijos. En consecuencia parecerá muy sagaz para interpretar los gestos de un hijo, satisfacer sus necesidades y responder sus preguntas. En síntesis, puede generarse un estímulo de vinculación interna que alimente al mismo tiempo la mutua dependencia y el resentimiento recíproco.

Otra familia de pas de deux es la pareja cuyos hijos ya han dejado el hogar. Padecen el síndrome del nido vacío. También, un ejemplo más, constituye un progenitor y un único hijo adulto.

En general, la estructura de dos personas es proclive a una formación de liquen, en que los individuos contraen una recíproca dependencia casi simbiótica.

Familias de tres generaciones: tiende a ser una gran característica de clase media baja y los grupos socioeconómicos marginales. Por eso, existe una inclinación a

considerar en esta configuración familiar sus deficiencias, en lugar de buscar las fuentes de fortaleza.

En una familia compuesta por la madre, la abuela y un hijo. Hay, aquí, una estructura deslindada con claridad en que ambos adultos viven como iguales y uno actúa como el progenitor primario del hijo. Son muchas las formas de familias de tres generaciones, desde una combinación de progenitor soltero, abuelos y niño hasta la compleja red de vastos sistemas de parentesco que no necesitan ser alojados en un mismo domicilio para ejercer notable influencia. Puede ser indispensable descubrir cuál es realmente "la familia", cuántos miembros tiene y qué nivel de contacto sostienen estas con la red extensa. En ningún caso, se debe subestimar el influjo de familia extensa sobre las funciones de la familia nuclear.

Familias con soporte: cuando las familias aumentan de tamaño, es preciso delegar autoridad. Cuando son muchos los niños en un hogar por lo común uno de ellos, a veces varios de los mayores, reciben responsabilidades parentales. Ellos colocan sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como si fueran representantes de los padres.

Este ordenamiento, funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental están definidas con claridad por los padres y no sobrepasan su capacidad de acuerdo a su nivel de madurez. Existe el peligro potencial de que estos menores contraigan síntomas cuando se descargan sobre ellos responsabilidades superiores a sus fuerzas o no les confieren la autoridad que les permitiera ponerlas en práctica.

Los niños parentales por definición, quedan entre dos fuerzas. Se sienten excluidos del contexto de los hermanos y no aceptados de manera genuina como tal. Además, el hijo parental puede bloquear los cuidados que los demás niños pequeños necesitan de sus padres.

Familias Acordeón: se caracterizan porque uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona durante un tiempo y el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración de la pareja ausente.

Los niños pueden actuar en el sentido de promover la separación de los padres e inclusive de precisarlos en los papeles de "padre bueno, madre mala o abandonadora" o viceversa. Es posible que los problemas en esta familia surjan cuando un progenitor viajero cambia de trabajo y se convierte en figura "nueva" algo difícil de aceptar porque las "partes de la familia han permanecido juntas durante largo tiempo", solo la configuración familiar es nueva.

Familias Cambiantes: algunas familias cambian de domicilio constantemente. El cambio puede estar referido a la composición misma de la familia, como es el caso del progenitor que cambia de pareja una y otra vez.

En lo referente a las variaciones de domicilio, hay pérdida de sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad. La familia queda aislada. Los niños han perdido su red de compañeros, deben de ingresar en un contexto escolar nuevo y pueden desarrollar disfuncionalidad. Es esencial no dar por supuesto que la crisis es producto de una patología existente en la familia.

Familias Huésped: un adolescente huésped es por definición miembro de una familia. Por ejemplo la ubicación temporal de un menor por un tiempo determinado. Un problema potencial en esta configuración es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El adolescente es incorporado al sistema familiar.

Lo interesante, si desarrolla síntomas, es que puede ser el resultado de tensiones dentro del organismo familiar. No obstante, se puede suponer que los síntomas del menor son producto de su experiencia previa al ingreso en la familia, o bien una patología internalizada.

Familias con padrastros o madrastras: cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar, pasa por un proceso de integración más o menos prolongado. El nuevo padre puede no entregarse a la nueva familia con un compromiso pleno o la unidad originaria mantenerlo en una posición periférica.

En esta configuración, las crisis son comparables a los problemas que surgen en un organismo familiar reciente; se deben considerar normales. No obstante, la cultura occidental impone la formación instantánea de la familia, tras el ritual legal o paralegal, pero el tiempo no les ha conferido aún su legitimidad funcional.

Virginia Satir (1988) hace un análisis de estas familias "mixtas". Y plantea tres formas básicas:

- a. Una mujer con hijos que se casa con un hombre sin hijos.
- b. Una mujer sin hijos que se casa con un hombre con hijos.
- c. Ambos, mujer y hombre, tienen hijos de matrimonios anteriores.

En el primer caso, la familia mixta se compone de la esposa, sus hijos, esposo y del ex marido de la señora.

En el segundo caso la unidad comprende al esposo, con sus hijos, la esposa y la ex esposa.

En el tercer caso, la familia incluye a la esposa y sus hijos, al esposo y sus hijos, a la ex esposa y al ex esposo respectivo.

Aunque estos grupos pueden o no, vivir bajo el mismo techo, ellos mal que bien forman parte de las otras vidas. Hay que tener lugar para ellos. Son importantes para el crecimiento y éxito de la familia mixta. Mucha gente en esta familia trata de vivir como si estas personas no existieran.

Todos los integrantes tienen autoridad en una u otra forma. Los problemas surgen cuando no se encuentra tiempo para hablar abiertamente unos con otros. Cuando están en desacuerdo, o en algunos casos cuando son enemigos acérrimos.

Ante lo expuesto Virginia Satir menciona:

"Cuando los adultos cercanos al niño saben ser sinceros unos con otros, y asumir la responsabilidad de lo que piensan o sienten, el niño se beneficia de

esta honestidad y tiene mayor libertad de elegir porque también a su vez puede ser honesto. Ser sincero con alguien no significa que hay que quererlo. No se puede esperar que los padres que estuvieron casados sigan amándose, pero si pueden ser sinceros y no cargar a los hijos con sus problemas". (Virginia Satir, 1988)

Familia con Fantasma: la familia que ha sufrido la muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro faltante. Nadie quiere asumir las funciones de la madre o padre fallecido, por deslealtad a su memoria.

Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Pero a partir de este supuesto puede cristalizar a la familia en lugar de ayudarla. En realidad se trata de una familia en transición, en la cual, la configuración anterior estorba las nuevas estructuras.

Familias Descontroladas: uno de los miembros presenta síntomas en el área de control. Se ha de suponer la existencia del problema en:

- La organización jerárquica de la familia.
- Deficiencias en las funciones ejecutivas de los padres.
- Proximidad entre miembros de la familia.

El tipo de problemas de control varía según la etapa de desarrollo o ciclo vital de los miembros de la familia. En la edad preescolar es común el niño "monstruo" que no quiere admitir regla alguna.

“Cuando el tirano de 25 kilos aterroriza a una familia entera, se debe suponer que tiene un cómplice. Es preciso que esté subido sobre los hombros de uno de los adultos. Con certeza se puede suponer que los cónyuges se descalifican uno al otro. Lo que confiere al tirano triangulado una posición de poder aterrorizante para él y la familia”. (S. Minuchin, 1987).

En las familias con adolescentes, posiblemente los problemas de control se ligen con la incapacidad de los progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de

niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes. En familias con hijos delincuentes, el control de los progenitores depende de su presencia. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas en estas familias.

Otra familia, los niños con maltratos. El sistema no puede controlar las respuestas destructivas de los padres hacia los hijos. Responden a los hijos como si solo fueran una continuación de ellos mismos. Los progenitores, en esta situación, carecen de un contexto donde pueden desenvolverse completamente. La familia se convierte en el único campo en que el progenitor puede desplegar poder y capacidad y esta regresión excesiva aflora como agresión.

En ciertos casos, la familia que maltrata a sus hijos se organiza en torno de una diada demasiado unida, uno de los progenitores y un hijo. Por lo común, la forma, la madre y el hijo, a quienes el padre ataca indiscriminadamente como si se tratara de una alianza enemiga.

Familias Psicósomáticas: cuando la queja es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de esta, muchas veces, incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias esta la sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz, evitar conflictos y una rigidez extrema.

Estas familias parecen internamente normales, la familia típica. Sus miembros son buenos vecinos. No se querellan con nadie. Destacan las relaciones de lealtad y protección. En suma, es la familia ideal. Justamente, su carácter de agradable es un problema.

2.3 Pérdidas significativas.

El concepto de significativo según el Diccionario Encarta⁴⁰ es: “que tiene importancia por presentar o significar algo. Es tener representación, tener valor o importancia algo o alguien para alguien”.

Mientras que para el diccionario de la Real Academia de la lengua Española perder es: “del latín *perdĕre*. Dicho de una persona: dejar de tener, o no hallar, aquello que poseía, sea por culpa o descuido del poseedor, sea por contingencia o desgracia”.

Jorge Fernández Moya⁴¹ menciona: “convertir o darle el atributo de significativo a alguien o a algo es depositar un cumulo de sentimientos que se nota de mayor manera en el momento de su pérdida; está pérdida puede ser física, emocional, circunstancial o espacial, la muerte o desaparición, se nota porque el vacío que se da en nuestro espacio vital es tan grande que el sujeto da síntomas depresivos bastante pronunciados”.

Lo “significativo” da o cuida el decir: “mi vida –NO- tiene sentido”, esta frase es analizada por Vicente López (2006) en virtud de la experiencia de las personas llegando o no a una crisis existencial, dejando de lado la pretensión religiosa mas sin dejar de darle el valor de lo trascendente y recuperable a través de la “fe”.

Tratando de entender a quién cree haber perdido el sentido de la vida a partir de un hecho doloroso pero contingente —independientemente de su convicción religiosa, en crisis o no— relaciona la pérdida de sentido de la vida con la pérdida del “objeto significativo” que es lo que produce dolor; parece ser que la única manera de reparar esa situación es con la imposible “reposición” de dicho “objeto significativo”; siguiendo esta lógica es también imposible recuperar “el sentido de la vida”; y por otro lado, surge la pregunta ¿Qué sentido tiene mi vida? de modo particular, o, ¿Qué sentido tiene la vida? de modo general, nace siempre a partir de una experiencia donde el dolor anula toda respuesta.

Reconocemos en la pregunta, más que la urgencia de una respuesta, la necesidad de atención a la crisis que origina la pregunta.

⁴⁰ Microsoft® Encarta® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation.

⁴¹ en su libro “Después de la pérdida”

No hay una respuesta taxativa y feliz sobre ¿Cuál es el sentido de la vida?, y que las respuestas alcancen a tener sentido según quien las responda; caemos en cuenta que quien hace la pregunta es el que elige el sentido de la respuesta ya que es él quien elige a quién preguntar sabiendo la dirección que tomará quien le responda, siendo esto así creemos que podríamos adelantar un ensayo de respuesta provisional, como:

El sentido de la vida como resignificación. El “sentido de la vida” podría responderse modificando la pregunta: ¿qué significado tiene la vida? cambiando la palabra “sentido” por “significado”, así podemos evitar, en principio, la posibilidad de una respuesta negativa.

Se puede decir que a partir de la pérdida “la vida no tiene sentido” y por lo tanto se anula la vida, pero jamás se podría pensar que “la vida no tiene significado”, entonces la pérdida puede no tener sentido pero siempre tendrá un significado y por lo tanto se afirma la vida, por terrible que sea. En este sentido se puede pensar entonces en una posible resignificación.

A cualquier tipo de pérdida la resignificación estará ligada a la posibilidad de dar una respuesta que abarque un compromiso activo, responsable, solidario y libre frente al interrogante que el destino nos plantea.

Hablar de sentido es pergeñar un proyecto y, valga la redundancia, un proyecto se proyecta hacia adelante, en cambio la resignificación, abarca también el pasado. Nadie duda que a partir de la pérdida, frases, escritos y actitudes cobren una lectura distinta y esa relectura nutre el inicio de nuestra respuesta.

Para María Antonia Plaxats⁴² (2001) la pérdida desde un sentido subjetivo es: “algo que tuvimos y ya no tenemos, o como algo que quisimos tener y no llega”. Este sentido subjetivo indica que nadie le puede indicar a alguien si “aquello” debe o no ser considerado como pérdida. En las comparaciones llega a existir lo que

⁴² plaxats@arrakis.es , Valencia, Octubre 2001.

coloquialmente se denomina "dolorómetro". Mi dolor es mío, y mía es la medida en que yo lo siento.

En un sentido más amplio la pérdida puede tratarse de la propia vida o la de algún ser querido. O puede ser referida a una amistad, un trabajo, un estado social determinado, una función física, etc.

¿Por qué sentimos tanto una pérdida? Sin entrar en investigaciones (Bowlby, 1985), puede tratarse de la pérdida o la no consecución de algo significativo consciente o inconscientemente. Significado basado en un conjunto de factores racionales, emocionales y socio-culturales. La significación positiva, promueve la acción para conseguir aquello valorado, y por tanto, nos resistimos ante su pérdida o su no consecución.

El duelo se da frente a una pérdida significativa, es decir, de un ser que se convirtió en significativo y ante su ausencia en sus múltiples manifestaciones física, divorcios, por migración, desaparición y más, produce sufrimiento y desestabilidad emocional.

El ser humano se relaciona y establece vínculos con personas que a manera de jerarquía tienen algunos más significación que otros, ante ello comporta distintos grados y calidad de afectividad, lo cual a su vez, implica una significación positiva o negativa del vínculo. Valoración basada en un conjunto de factores racionales, emocionales y socio-culturales.

En el momento en que se produce una pérdida (en sentido subjetivo) aparece la frustración, y tanto si somos o no conscientes de ello, la frustración entraña, como mínimo, tristeza y enojo.

Llegamos así al duelo ante lo que una persona (conscientemente o no) valore como pérdida y llegue a trascender en algún tipo de depresión.

2.3.1 Teoría del apego.

La “Teoría del Apego” inicia en los años cincuenta partiendo de una perspectiva etológica y sus principales exponentes son J. Bowlby y Mary Aisworth, quienes plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego sea perturbadora, esto logra que el niño experimente con facilidad un miedo muy intenso dando como resultado que cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él algún grado de ansiedad. Bowlby cree que su planteo es una combinación de la Teoría de las señales y de la Teoría del apego frustrado (Bowlby, 1985).

Bowlby decía que la relación entre lo que provoca temor y lo que realmente puede dañarnos es indirecta. Temores que incluso son compartidos con algunos animales, como: desconocimiento de otro ser o de un objeto, temor a objetos que aumentan de tamaño o se aproximan rápidamente, temor a ruidos intensos, temor a la oscuridad y el aislamiento. Nada de lo mencionado es peligroso en sí mismo pero desde un punto de vista evolutivo hay una explicación: son señales de peligro, por ejemplo, la presencia de predadores que son vistos como seres extraños y que se aproximan comúnmente durante la noche y la cercanía de un desastre natural (Bowlby, 1985).

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado -en gran medida- por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Bowlby se refiere a la presencia de la figura de apego, quiere decir no tanto presencia real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no solo debe estar accesible sino responder de manera apropiada para dar protección y consuelo.

La teoría defiende tres postulados básicos:

1. Cuando alguien haya desarrollado la confianza de contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propensa a experimentar miedos intensos o crónicos que otra que no posea tal grado de confianza.
2. La confianza se va adquiriendo paulatinamente durante los primeros años (edad temprana) y tiende a subsistir por el resto de nuestras vidas.

3. Los diversos referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados durante los años inmaduros (edad temprana) forman un reflejo relativamente fiel de sus experiencias.

A manera de preeminencia la Teoría del Apego es una teoría que maneja muchos conceptos propiamente psicológicos y de cualificación de la relación. Se destaca por investigar la perspectiva evolutiva del apego, lo cual no es común en otros modelos.

Bowlby parte de una perspectiva evolutiva, sin embargo, a pesar de mostrar una indudable orientación etológica al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo de sobrevivencia.

Basándose en la teoría de los sistemas de control, Bowlby planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales (Oliva, s/a).

Señalamos que la Teoría del Apego investiga la ontogenia de las respuestas a la separación e incluye referencias de Piaget sobre la interacción del apego con el desarrollo cognitivo en la segunda mitad del primer año de vida cuando este logra permanencia del objeto. A partir de las 28-30 semanas de vida aparecen las respuestas a la separación como evidentes; el bebé ha empezado a percibir el objeto como algo que existe independientemente de sí mismo iniciando su búsqueda. Hay experimentos que demuestran que la permanencia de las personas se produce primero en la permanencia de los objetos inanimados.

La tendencia a reaccionar con temor ante la presencia de extraños, oscuridad, los ruidos fuertes..., son comprendidos por Bowlby como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas que dan una predisposición de cómo enfrentar peligros reales de la especie y que existen en el hombre durante toda la vida. Aunque inicialmente esta postura podría evaluarse de manera biológica, en realidad, Bowlby completa su postura refiriéndose a una serie de circunstancias psicológicas y culturales que dan lugar a estas reacciones. Hace referencia a los peligros

imaginarios, indicios culturales aprendidos sobre el peligro, racionalización, atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar (Bolwby, 1985).

En la década del 40, Anna Freud y Burlingham⁴³ describieron la experiencia del cuidado de niños en una guardería separados de sus madres. Observaron que los niños en poco tiempo de estar en las guarderías, desarrollaban un sentimiento intenso de posesión hacia las niñeras y daban señales de inquietud cuando estas no estaban disponibles.

Durante los sesenta, Schaffer y Emerson⁴⁴ (1964) realizaron en Escocia observaciones sobre sesenta bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Puso de manifiesto que el tipo de vínculo que los niños establecían con sus padres dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta del padre con respecto a las necesidades del bebé (Bolwby, 1985).

2.3.2 Tipos de Apego

En 1970 Ainsworth y Bell diseñaron la *Situación del Extraño* (Bolwby, 1985) para examinar las conductas de apego bajo condiciones de estrés. Como resultado de este experimento Ainsworth y Bell postularon lo que se conoce como los diferentes tipos de apego:

- **Apego seguro**

Es un tipo de relación que se caracteriza porque en la situación experimental los niños lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre utilizándole como una base de inicio. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. Su regreso les alegraba visiblemente, acercándose a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. En observaciones naturalistas llevadas en el hogar de estas familias se encontró que las madres se comportaban en casa muy

⁴³ Anna Freud y Dorothy Burlingham (estadounidense) son psicoanalistas infantiles, especializadas en los primeros años de vida y trastornos que adquieren los niños.

⁴⁴ Rodolph Schaffer (alemán) y Peggy Emerson (estadounidense), son psicólogos del desarrollo, elaboran la Teoría de la Conducta del Apego.

sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban.

- Apego inseguro – evitativo:

Este tipo de relación se caracteriza porque los niños se mostraban bastante independientes en la *Situación del Extraño*. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes sin utilizar a su madre como base segura, por el contrario la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados ni buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento. Su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. La observación en el hogar, las madres de estos niños se habían mostrado relativamente insensibles a las peticiones del niño y/o rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, lloraban incluso en sus brazos. Como habían sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones.

- Apego inseguro – ambivalente:

Estos niños se mostraban muy preocupados por el paradero de sus madres y apenas exploraban en la *Situación del Extraño*. Se ponían mal cuando la madre salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Estos niños vacilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto. En el hogar, las madres habían procedido de forma inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre cuando la necesitasen.

El apego inseguro-ambivalente tiene rasgos de una escasa disponibilidad de la madre ellas son poco sensibles y atienden menos al niño, iniciando menos interacciones; frente a las madres de los niños de apego seguro que se muestran disponibles y responsivas y las de apego inseguro-evitativo que se muestran rechazantes.

Un niño se comportará frente a una figura de apego que esta mínima o inestablemente disponible exhibiendo mucha dependencia acentuando inmadurez y una dependencia que puede resultar adaptativa a nivel biológico y a nivel psicológico no es tan adaptativa, ya que impide al niño desarrollar sus tareas evolutivas en su interacción con la madre o figura de apego.

El término interacción es utilizado por primera vez por Bowlby en un famoso artículo *“La índole del vínculo del hijo con su madre”* (Revista: Brazelton, 1993⁴⁵) marcando una diferencia con los psicoanalistas anteriores, sostuvo que el intercambio con la madre no se basa únicamente en la simple gratificación oral y su concomitante reducción de la tensión describiendo así el carácter muy activo de las conductas de vínculo del niño. La diferencia en Bowlby es que da reconocimiento del rol del bebé en su voluntad de suscitar respuestas en su madre, hace énfasis en la actividad y no en la indefensión, y en la facultad de promover conductas y no pasividad (Brazelton, 1993).

Cuando hace referencia al rol de la interacción, Bowlby, plantea que la experiencia de separación real mina la confianza pero no es suficiente para que surja la ansiedad de separación. Para esto es necesario que intervengan otras variables como amenazas de abandono con fines disciplinarios, discusiones de los padres con significado implícito de riesgo de separación, etc. Por ejemplo es típico escuchar a muchos padres con la amenaza de: “Si no te portas bien, llamo al cuco para que te lleve”; o “Te vamos a dejar solo”; o “Papá se va a ir”; o “Mamá se enfermará y morirá”, o amenazas y/o intentos reales de suicidio.

- Apego desorientado – desorganizado:

Esta cuarta categoría fue añadida por Ainsworth. Un niño puede llorar durante la separación por la madre, pero la evita cuando ella regresa, ella puede acercarse al niño, entonces él se congela o se deja caer al suelo. Algunos muestran un comportamiento estereotipado, balanceándose hacia adelante y atrás varias veces o se golpean. Main y Hesse encontraron que la

⁴⁵ Revista SEPYPNA, de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente. Año 1993, número 11 y 12.

mayoría de las madres de estos niños habían sufrido grandes pérdidas u otros traumas poco antes o después del nacimiento del niño y habían reaccionado con una depresión severa. De hecho, el 56% de las madres que habían perdido a un padre por muerte antes de completar la escuela secundaria, posteriormente, tuvieron hijos con un cariño desorganizado.

Algunas investigaciones a posterior sobre la Teoría del Apego, son:

La transmisión generacional del apego, de la seguridad en el apego ha sido investigada dando que: los padres seguros tengan hijos con apego seguro, los padres preocupados tengan niños con apego inseguro-ambivalente, y los padres rechazados tengan niños de apego inseguro-evitativo, ha sido probado en varias investigaciones (Benoit y Parker, 1994; Fonagy, Steele y Steele, en Oliva, s/n).

Los investigadores explican este fenómeno a partir de los significados que son transmitidos a los hijos; que fueron construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente. Como señala Bretherton lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo en su infancia con sus figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias. Es decir, no es tan determinante el tipo de apego que se tuvo con los padres propios sino la reelaboración consciente e inconsciente que se haga de aquella experiencia.

Apego múltiple. Es común que cuando un niño/a está triste o enfermo busque la compañía de su madre preferentemente, pero también es posible que prefiera al padre. Investigaciones realizadas prueban que en el momento del nacimiento los padres pueden comportarse tan sensibles y dispuestos a responder a los bebés como las madres (Oliva, s/a).

El apego no sólo se da con relación a las figuras parentales. Se sabe que con los hermanos se logran verdaderas relaciones de apego. Los niños se ofrecen unos a otros ayuda y consuelo en situaciones desconocidas o amenazantes (Oliva, s/a). En conclusión, los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que estas se muestren sensibles y cariñosas.

Apego madre - apego padre. Bretherton, plantea una concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores. Cuando el niño muestra un tipo de apego seguro en la *Situación del Extraño* con la madre, es muy probable que también sea clasificado como de apego seguro cuando el padre acompaña al niño en esta situación. Hay una clara similitud en cuanto al tipo de apego inseguro mostrado hacia ambos padres. (Oliva, s/a, p.20).

Validez transcultural de la Teoría del Apego. La idea de que haya distintas culturas hace que haya distintos ambientes de adaptación y estos tendrán diferentes prácticas de crianza consideradas como las más adecuadas. Esto traerá por consecuencia que variarán los comportamientos y reacciones de los padres ante las llamadas y señales de sus hijos. Las prácticas establecidas con los niños, que se consideran adecuadas en cada cultura, no tienen por qué ser compatibles con los principios de adaptación filogenética o individual (Hinde y Stevenson-Hinde, en Oliva, s/a).

Desde una perspectiva psicodinámica la teoría del apego ha enriquecido el entendimiento psicoanalítico del mundo representacional. Las primeras concepciones psicoanalíticas sobre representaciones mentales frecuentemente tenían una cualidad estática, enfocándose, primordialmente, en representaciones mentales de individuos significativos; es más dinámica al enfocarse tanto en los aspectos relacionales de lo que representa, como en la naturaleza evolutiva de estas representaciones (Blatt & Levy, 2003).

Las semejanzas y diferencias de la teoría de Bowlby y Freud según Marrone (2001, p.36), son:

- En el modelo de Freud el apego es secundario con respecto a la gratificación oral y libidinal. En el modelo de Bowlby el apego es primario y tiene un estatus propio.
- En el modelo de Freud del narcisismo primario, el niño está cerrado a los estímulos externos. En el modelo de Bowlby, una persona desde que nace está activamente comprometida en un contexto intersubjetivo que requiere respuestas recíprocas.
- En el modelo de Freud, la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el

modelo de Bowlby, la conducta pulsional es activada por condiciones internas como externas para cumplir una función requerida. Bajo este modelo, la conducta de apego, debido a su naturaleza adaptativa, solo puede funcionar de forma efectiva dentro de un sistema social.

Para Fonagy (2001) el punto divergente es en forma contraria a la formulación de Freud (1900) de que el niño es “forzado” a ir hacia el objeto después de que el proceso primario de alucinación del pecho ha fracasado en conseguir la gratificación de la pulsión, para los teóricos del apego el interés en los objetos es algo vital en el niño porque muestra preferencia por particulares tipos de configuraciones visuales y auditivas, y disfruta de su capacidad para lograr que ocurran cosas en su ambiente. De manera similar, el rol que le dio a las pulsiones fue superior a factores como las relaciones sociales, experiencias reales y determinantes ambientales.

Osofsky (1995) plantea, mientras que la idea psicoanalítica clásica de que el desarrollo está primariamente orientado alrededor de las pulsiones, endógenamente generadas y dirigidas hacia la gratificación, el planteamiento de la teoría del apego es bastante diferente, ya que propone de que el desarrollo está basado en las relaciones, en las interacciones con el cuidador primario (centrado en los afectos compartidos) que eventualmente conducirán a la interiorización de la relación.

Para Diamond (2001) una gran discordancia entre Bowlby y Freud, es que para Bowlby el darle prioridad a la realidad psíquica sobre la realidad externa fue teóricamente incorrecto y clínicamente improductivo. En el trabajo con familias y niños, observó el impacto de los problemas parentales sobre los hijos, llegando a la conclusión de que lo más importante, a nivel etiológico, era la interacción entre el individuo y su entorno. De esta forma, Bowlby retorna con variantes a la primera teoría de la neurosis de Freud, la teoría traumática, que tanta importancia le otorgaba a las experiencias en la génesis de los síntomas. (Juri, 2001).

Como afirma Fonagy (2001), que Freud como Bowlby empezaron el recorrido con la preocupación de las consecuencias psicológicas ante las deprivaciones significativas tempranas. Pero, mientras que Bowlby siguió esta línea investigando sobre las deprivaciones reales dentro de un contexto psicológico, social y biológico, Freud

abandonó su hipótesis de la seducción originaria por su segundo modelo en donde enfatizó la teoría del desarrollo psicosexual. A pesar de esto, Freud nunca suprimió su teoría de la seducción. Por ejemplo, en la *23ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis* afirma que “Particular interés presenta la fantasía de la seducción, aunque sólo sea porque a menudo no es una fantasía sino un hecho real” (Freud, 1917, p.337). En textos posteriores, como *Sobre la Sexualidad Femenina* (1931) y *Moisés y la religión Monoteísta* (1939) Freud va a volver a aportar puntos de vista similares a los de la teoría de la seducción. Para Fonagy (2001) la diferencia crucial que existe entre el realismo *naïve* de las primeras teorías de Freud y la epistemología de Bowlby, está en la atención que Bowlby (1980) le dio a la representación de las experiencias. Esto refuta cualquier sugerencia a que la teoría de Bowlby representa un retorno a la teoría reduccionista del modelo del trauma. El cambio que Freud dio de su teoría de la seducción traumática a su modelo topográfico, representa un cambio de una percepción de la realidad reduccionista, de un ambientalismo extremo, hacia un idealismo en donde los fenómenos son principalmente vistos como productos de la mente, carentes de una relación con la realidad. Punto de vista con el que no concuerda Bowlby.

Bowlby retoma que, para Freud, el concepto de trauma es un tema central dentro de los factores causales de la neurosis. Esto aparece en trabajos como “*Moisés y la religión Monoteísta*” (1939) y “*Esquema de Psicoanálisis*” (1940) donde dedica varias páginas a discutir la naturaleza del trauma, el rango de edad en el que el individuo es especialmente vulnerable, los tipos de acontecimientos potencialmente traumáticos y los efectos que parecen tener en el desarrollo de la psique. Freud concluye que el trauma está en función de la interacción entre: el acontecimiento en sí mismo y la constitución del individuo que lo experimenta. Cuando una experiencia evoca una reacción patológica inusual se debe a que la persona ha sido expuesta a cantidades de excitación mayores de las que es capaz de afrontar.

Al respecto de los factores constitucionales, Freud (1939) plantea que dependiendo del individuo variará la capacidad de responder a la demanda “con facilidad se puede formular el argumento de que en cierta constitución producirá el efecto de un trauma algo que en otra no lo tendría” (p. 70). Al mismo tiempo, habla de la existencia particular de un periodo en la vida, los primeros 5 o 6 años, en los que todos los

individuos tienden a ser vulnerables. Freud cree que la razón de esto se debe a que en esta edad el Yo “todavía es endeble, inacabado e incapaz de resistencia” (1940 p. 185). En consecuencia, no es de extrañarse que el Yo durante esta época fracase ante tareas que más tarde podría resolver con la mayor facilidad utilizando los recursos de la represión y escisión. Freud considera que estas son las razones por las que “Al parecer, únicamente en la niñez temprana (hasta el sexto año), pueden adquirirse neurosis, siendo posible que sus síntomas solo mucho más tarde salgan a la luz” (1940 p. 184).

Freud al referirse a la temprana infancia tiene en mente varios años: en *Moisés y la religión Monoteísta* se refiere a los primeros cinco y en *Esquema de Psicoanálisis* a los primeros seis. Dentro de este intervalo, él piensa que “el período entre los dos y los cuatro años aparece como el más importante” (Freud, 1939 p.71). Los primeros meses no aparecen de forma especial en su descripción e incluso plantea que no está seguro de su significación “no se puede establecer con certeza el momento, a partir del nacimiento, en que se inicia este periodo de receptividad” (Freud, 1939 p.71).

Bowlby aboga que sus postulados respecto al apego encajan adecuadamente dentro de esta teoría etiológica. La separación del niño de la madre (o persona significativa) puede ser contextualizada como una experiencia traumática en concordancia con la definición propuesta por Freud en términos de sus condiciones causales y sus consecuencias psicológicas. Con respecto a las primeras, es sabido que la separación del infante de la madre en escenarios extraños provoca estrés durante un periodo prolongado de tiempo, lo cual concuerda con la hipótesis freudiana de que el trauma aparece cuando el aparato mental recibe una excesiva carga de excitación. Con respecto al segundo punto, los cambios psicológicos que suelen seguir ante el estrés prolongado sufrido por la separación son: la represión, escisión y negación, siendo precisamente estos los procesos defensivos que Freud planteó como resultados del trauma.

Además, el periodo en el que el sujeto es más vulnerable a la separación con la figura de apego coincide con el periodo de la infancia que Freud postuló como especialmente vulnerable, aunque es importante destacar que Bowlby sí escribe sobre cómo se va formando e influyendo el vínculo desde que nace el bebé.

Bowlby (1969) concluye que el agente etiológico elegido por él puede ser visto como un ejemplo particular de la clase de acontecimientos que Freud concibió como traumáticos. Se debe considerar que la separación de la figura de apego podría encajar adecuadamente con la teoría del trauma, Freud solo en raras ocasiones contextualizó la separación o pérdida en la temprana infancia como fuente de trauma. Cuando Freud habló en sus últimos escritos respecto a las situaciones potencialmente traumáticas utilizó términos muy generales y abstractos para describirlos, por ejemplo, en *Moisés y la Religión Monoteísta* (1939) únicamente mencionó que el trauma “Se refiere a impresiones de naturaleza sexual y agresiva, y por cierto que también a daños tempranos del Yo (ofensas narcisistas)” (p. 71). Aunque las separaciones tempranas, con toda certeza, pueden ser contextualizadas como ofensas al Yo, resulta incierto si está es la visión que Freud tenía en mente cuando escribió su artículo.

Otro punto en común es donde Freud trata de explicar el sentimiento oceánico en la actitud religiosa, reconoció el papel clave que juega la necesidad del infante de sentirse protegido por el cuidador primario “No se puede indicar en la infancia una necesidad de fuerza equivalente a la de recibir protección del padre” (Freud, 1930, p.73). Aspecto que coincide con la teoría del apego al señalar que la meta del sistema de conducta del apego es la proximidad física o el sentirse seguro, protegido (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Con relación a las diferencias entre sus ideas y las de Freud, Bowlby (1969) plantea que pese a que Freud en su búsqueda de encontrar explicaciones siempre se refirió a la infancia, casi nunca basó su propia información en la observación directa; como resultado de ello la mayoría de los conceptos psicoanalíticos sobre la primera infancia se han obtenido por medio de un procedimiento de reconstrucción histórica basada en la información obtenida por adultos. Ante esto Bowlby hará un cambio de perspectiva radical, el punto de partida ya no será los síntomas que están causando perturbaciones, sino el acontecimiento o experiencia considerado potencialmente patológico para el desarrollo de la personalidad, el trabajo es entonces prospectivo y ya no retrospectivo.

Es importante tener en cuenta que fue el mismo Freud quien también habló de las limitaciones del método retrospectivo, por ejemplo, en su trabajo *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920) en el apartado IV plantea que “Durante todo el tiempo en que perseguimos el desarrollo desde su resultado final hacia atrás, se nos depara un entramado sin lagunas, y consideramos nuestra intelección acabadamente satisfactoria, y quizás exhaustiva. Pero si emprendemos el camino inverso, si partimos de las premisas descubiertas por el análisis y procuramos perseguirlas hasta el resultado, se nos disipa por completo la impresión de un encadenamiento necesario, que no pudiera determinarse de ningún otro modo... De este modo, la causación en el sentido del análisis puede reconocerse con certeza en todos los casos, pero su previsión en el sentido de la síntesis es imposible” (p.160).

Aunque Freud raramente basó sus postulados en la observación directa, en una o dos ocasiones que lo hizo esto resultó clave para el desarrollo de su teoría. Ejemplo de ello es la observación del juego del niño con el carrito en el que basa mucho de su argumentación en *Más allá del principio del placer* (1920a) y en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) en donde, al tratar de dar una nueva explicación a las conclusiones contradictorias respecto a la angustia, busca y encuentra “tierra firme” en cómo los niños se comportan cuando se quedan solos, en la oscuridad, o con extraños (p. 129). Por otra parte, también es importante rescatar que en *Tres ensayos sobre la teoría sexual* (1905) explícitamente recomienda la observación directa infantil como complemento a la investigación psicoanalítica.

Las contribuciones de Bowlby sobre el apego infantil a la madre, en su artículo *La naturaleza del lazo entre el niño y la madre* (1958) va a mencionar las diferencias y similitudes entre su concepción y la de Freud. De manera resumida tenemos:

- Freud se concientiza de la importancia del apego a la madre de manera tardía y únicamente en su texto “*Sobre la sexualidad femenina*” (1931)
- Bowlby rescata las observaciones de Freud (1920a) respecto a que la soledad y abandono resultan estresantes para el infante de 18 meses.
- La angustia está enraizada en el miedo a la pérdida de la madre, que Freud conceptualiza como miedo a que las pulsiones no sean gratificados (1926).

- Bowlby rescata el reconocimiento de Freud (1940) de que la relación del niño con la madre es única y se convierte en el prototipo de las posteriores relaciones amorosas en ambos sexos. Freud también reconoce en este texto que el amor existente dentro de la relación entre el niño y la madre va más allá de la comida, y que el sentimiento de sentirse cuidado repercute directamente en la autoestima (catexia narcisista). Sin embargo, Bowlby señala que Freud le da mayor énfasis a los fundamentos filogenéticos de esta relación que a la calidad maternal que recibe el niño. De esta forma, la teoría de Freud no parece dar cabida para incluir el apego como necesidad primaria. Vinculado con esto, Osofsky (1995) destaca que en contraste con Freud, Bowlby enfatiza la importancia de la capacidad de respuesta materna a las señales del infante y su disponibilidad emocional hacia el sistema de conductas de apego del infante. Dentro de la teoría del apego, en la relación temprana, el tener un apego seguro o inseguro, formará el molde de los Modelos Operativos Internos (IWM: Internal Working Models) para todas las relaciones posteriores, basado en el ambiente de cuidado temprano.

El estudio de los mecanismos de defensa contra la ansiedad de separación mostró que estos mecanismos no son generados internamente, sino que surgen como respuesta a sucesos interpersonales (Marrone, 2001). De este modo, Holmes (2001) plantea que la diferencia entre Freud y Bowlby respecto a este punto es que para los teóricos del apego el punto clave de las defensas es el plantear que son estrategias interpersonales para lidiar con ambientes por debajo de lo óptimo. Su meta no es tanto preservar la integridad del individuo cuando este es confrontado con los conflictos de sus pulsiones internas, sino más bien tratar de mantener el apego enfrentando fuerzas que amenazan con destruir el vínculo incluso de manera posterior a la infancia.

Aunque el proceso defensivo tiene una función adaptativa de autoprotección a corto plazo, en el futuro interferirá con la posibilidad de actualizar adecuadamente los Modelos Operativos Internos IWM. Desde el punto de vista de Bowlby (1980), los procesos defensivos no son necesariamente inconscientes pero recorren la gama desde represiones involuntarias hasta supresiones o evitaciones deliberadas de percepciones, pensamientos y conductas. Además, varía el grado de éxito de la exclusión. Investigaciones sobre memoria procedimental (Sé como), semántica (Sé

que) y episódica (Recuerdo cuando), le permitieron especular que la exclusión defensiva podría estar facilitada por la segregación de información contradictoria dentro de los diferentes sistemas de memoria.

Freud en “*Inhibición, Síntoma y Angustia*” (1926) plantea que la angustia se base en un aumento de la excitación que, por un lado, produce el carácter de displacer y, por otro, encuentra alivio mediante los actos de descarga. Así, Freud contextualiza la angustia dentro de una metapsicología en donde los conceptos de energía, excitación y descarga son fundamentales. Su suposición es que la angustia es libido reprimida. Esta posición es totalmente extraña a la teoría del apego. De cualquier manera, en este mismo texto también señala que “sólo pocos casos de la exteriorización infantil de angustia nos resultan comprensibles... Se producen: cuando el niño está solo, cuando está en la oscuridad, y cuando halla a una persona ajena en lugar de la que le es familiar (la madre). Estos tres casos se reducen a una única condición, a saber que se echa de menos a la persona amada (añorada)” (p.129). De esta forma, Freud reconoce la ligazón existente entre la angustia y el sentimiento de añoranza de la madre.

Más adelante, Freud sugiere que la función que cumple la angustia es producir una señal para ser rescatado en el caso de un peligro que se anticipa. Para Freud, los peligros existentes son: la pérdida del objeto en la niñez temprana, la castración en la etapa fálica, la amenaza del superyó durante la latencia, la pérdida del amor del objeto. En otra dirección de pensamiento agregará que la angustia podría ser el resultado de fantasías sádicas por el subsiguiente castigo. Así la pérdida del objeto (la madre o persona significativa) fue considerada por Freud como una amenaza comparable al miedo de la pérdida de una parte del cuerpo o de la autoestima (podría encajar en la teoría del apego de Bowlby). Esta revisión restaura la adaptación al mundo externo como un componente esencial de los acontecimientos psicoanalíticos. Ferenczi (década de 1930), se había enfocado en el aspecto de la realidad de niños que habían sido traumatizados por la incomprensión adulta, anticipando así los riesgos asociados con la insensibilidad por parte del cuidador. Pero su énfasis en los factores interpersonales más que en los intrapsíquicos, marcó finalmente una grieta significativa con Freud (Fonagy, 2001; Marrone, 2001).

La señal de angustia estaría al servicio del sostén del vínculo, al dar un aviso de alarma ante el peligro de pérdida. Freud mantiene en esta obra el esquema basado en los principios económicos (las situaciones de peligro para el bebé son las magnitudes de excitación que él no podría dominar, peligro que luego se desplaza a la pérdida de objeto) el desencadenamiento de la señal no queda necesariamente subordinado a factores económicos, ya que puede funcionar como símbolo mnémico, anticipatorio de una situación que se teme y se trata de evitar (Juri, 2001).

Bowlby encuentra afinidades con Freud en este texto, por el valor que se le da a la ansiedad de separación, lo que concuerda con la importancia que esta posee en sus teorías sobre el apego. La ansiedad de separación sería para Bowlby una disposición básica, no secundaria, adquirida en el curso evolutivo y compartida con otras especies, con la finalidad de sostener un lazo protector. La disposición a esta ansiedad vuelve comprensible el poderoso efecto de ciertas experiencias de la infancia que la desencadenan: separación, abandono, rechazo y amenazas parentales (Juri, 2001).

En su trabajo *La angustia de separación* (1960) Bowlby señala que la teoría psicoanalítica tradicional no llega a explicar la intensidad del apego del niño/a a la figura materna (o persona significativa), ni sus dramáticas respuestas a las separaciones (en el momento y a posterior). Señaló la necesidad de encarar la especificidad del vínculo con la madre para poder entender adecuadamente la angustia de separación. Para Bowlby, la excesiva angustia de separación está facilitada por experiencias y comunicaciones familiares adversas que hacen que el niño se sienta inseguro en sus relaciones de apego. Exploró la importancia de aquellos casos en los que existe un mecanismo de defensa inconsciente frente a esta angustia, de tal manera que aparece extremadamente baja o totalmente ausente. De esta forma, la angustia se basa principalmente en la amenaza de la posibilidad de perder al objeto y en la inseguridad de las relaciones de afecto. Distingue las consecuencias emocionales entre una pérdida actual y los peligros de una posible pérdida en el futuro o lo que acarreará lo del pasado. Los orígenes de la ansiedad no pueden reducirse a fuentes internas. La ansiedad debe de ser colocada en un contexto interpersonal. Debido al hecho de que las ansiedades son difíciles de tolerar, suelen generar defensas (Marrone, 2001).

Bowlby abandono el uso de la palabra objeto ya que consideraba que era un término inexacto y se prestaba a interpretaciones diferentes, ya que la palabra objeto se vincula tanto a una concepción innata sobre el otro, y para algunos autores precede a la experiencia interpersonal, como a representaciones mentales de otra persona, que se originan en la vida real. Además, el objeto puede ser considerado como un objeto total o parcial. Bowlby, en vez de referirse al cuidador primario como un objeto exterior (nosotros nos referimos como persona significativa), prefirió el término de figura de apego. (Marrone, 2001).

Señala Holmes (1996), que mientras la teoría kleiniana se centra en el mundo intrapsíquico de un solo individuo, la teoría del apego está dirigida principalmente al nivel de interacción entre dos personas, y la teoría de Freud, con el Complejo de Edipo, a cómo la introducción de “un tercero” afecta a estos dos niveles anteriores.

Bowlby y su centramiento en el primer año de vida del infante como una época crucial en el desarrollo posterior es altamente compatible con la teoría de Klein. De igual forma, como Fonagy (2001) señala, existe una correspondencia entre la dicotomía propuesta por Klein de la posición esquizo-paranoide y la depresiva con el tipo de apego infante-madre seguro e inseguro de Bowlby.

Klein consideraba que había una alternancia entre las dos posiciones durante toda la vida, pero que en cada individuo podía predominar una sobre la otra.

2.4 Conclusiones.

Siendo la adolescencia una etapa de crisis, hay muchos factores que intervienen para la predisposición de la depresión en esta etapa, son factores del propio adolescente, de la familia, del entorno y del grupo más cercano del adolescente. Pero es la familia un buen sostenedor de esta crisis, pero al mismo tiempo cuando la familia se vuelve disfuncional, es de gran importancia para el apareamiento de conflictos internos del adolescente siendo la depresión una de ellas.

Vemos hoy en día que los tipos de familia están en crescendo, pero cualquier tipo de familia aparte de la nuclear, se puede llegar a transformar en una familia disfuncional para el adolescente por la falta de adecuación y adaptación con las estructuras de las nuevas familias, esto se suma a la ausencia actual de las madres, que antes eran las protagonistas del cuidado de los niños y adolescentes, siendo hoy en día las abuelas y abuelos quienes pasan a ser los cuidadores.

Vemos que la infancia es un periodo crucial para el desarrollo de muchos componentes psicológicos de las personas, dentro de la afectividad se crea el apego y se deposita ese afecto en una persona que por su cercanía se convierte en significativa. A pesar de los diferentes tipos de afecto, cualquiera de ellos se puede convertir en un factor de riesgo para que un adolescente quede vulnerable para la asunción de algún tipo de depresión, cuando pierden tempranamente a esa persona que se convirtió en significativa.

La manera de concebir este apego y pérdida no deja de ser menos importante, ya que esta concepción pasa a ser un concepto de vida para próximos afrontamientos de las circunstancias venideras. Este concepto está ubicado en el inconsciente pero de una manera más dinámica donde el concepto de trauma puede pasar desapercibido y le pone en un rol más activo a la persona.

CAPITULO III

LA ADOLESCENCIA

En América del norte, la tribu de los Oglala Dakota (o Sioux), existía una tradición que se aplicaba a los adolescentes para determinar su gloria en la vida. Se les introducía en el bosque sin armas y sin otra vestimenta que un taparrabos y un par de mocasines en búsqueda de un sueño. Hambriento, sediento y cansado, el chico esperaba a tener un sueño al cuarto día de su viaje que le revelaría su destino trascendental. Al volver a la tribu, relataría a los ancianos el contenido de su sueño, el cual sería interpretado de acuerdo con una práctica legendaria. Y su sueño le diría al chico si estaba destinado a ser un buen cazador, un gran guerrero o un experto en la caza de caballos salvajes, o quizás convertirse en un especialista en la fabricación de armas, o un líder espiritual, sacerdote o curandero.

En algunos casos, el sueño le llevaría a resolver las desviaciones y problemas de la tribu Oglala. Un sueño con un "*thunderbird*" (un pájaro de trueno) llevaría al chico a pasar un período de tiempo como "*heyoka*", es decir, a actuar como un payaso o un loco. O por ejemplo, una visión de la luna o de un búfalo blanco, le llevaría a ser un "*berdache*", un hombre que se viste y actúa como si fuese una mujer.

En cualquier caso, la cantidad de roles que se representaban en la vida era extraordinariamente limitado para los hombres; ni qué decir de las mujeres. La mayoría de las personas desempeñaban papeles generalistas; muy pocos llegaban a ser especialistas. Y estos roles se aprendían por estar simplemente rodeado de las demás personas de la familia y en la comunidad.

En la época en que los Oglala Dakota fueron visitados por Erik Erickson⁴⁶, habían cambiado las cosas. Se habían reducido como resultado de innumerables guerras y amenazas. El búfalo, fuente principal de comida, vestimenta, cobijo y de casi todo el resto necesario para vivir, había sido cazado hasta, prácticamente, su extinción. Para empeorar más las cosas, se les había arrebatado sus costumbres, no por soldados

⁴⁶ Historia tomada del libro de Erik Erikson: "Childhood and Society and Identity"

blancos, sino por los esfuerzos de los burócratas gubernamentales dirigidos a convertir a los Dakota en americanos.

Los adolescentes eran obligados a ir a escuelas estatales casi todo el año, con la creencia sincera de que la civilización y la prosperidad surgen de la educación. Aquí, aprendían muchas cosas que iban en contra de lo que habían aprendido en casa. Les enseñaron reglas de los blancos sobre la belleza y la higiene, algunas de ellas contradecían sus esquemas de modestia. Se les enseñó a competir, lo que iba en contra de las tradiciones de los Dakota sobre la igualdad. Se les dijo que hablaran alto y fuerte, cuando precisamente sus familiares le decían que se mantuviesen tranquilos y quietos.

Con el pasar del tiempo, su cultura originaria desapareció pero la nueva cultura fue incapaz de proporcionar los sustitutos necesarios. No hubo más búsqueda de sueños, pero entonces ¿cuáles sueños podrían perseguir los adolescentes si no existían ya quien podría interpretarlos?

Erickson se sintió conmovido por las dificultades de los adolescentes de Dakota con los que hablaba y observaba. Como la mayoría de los nativos americanos, también otros han perdido mucho de los rituales que una vez les guiaron hacia la adultez.

En las sociedades más tradicionales (latinoamericanas), los adolescentes se fijaban en sus padres, en sus relaciones, en vecinos y profesores. Eran personas decentes y trabajadoras (en su mayoría) y deseábamos ser como ellos.

Desafortunadamente, la mayoría de los adolescentes actuales buscan la identificación en la “media”, especialmente en la televisión. Es fácil entender porqué. Las personas de la tele son más bellas, más listas, más ingeniosas, más sanas y más felices que cualquiera de nuestro vecindario. Por desgracia, estas no son reales. Siempre me sorprendo (Erickson, 1965) de la cantidad de estudiantes que se frustran al descubrir el gran esfuerzo que supone la carrera que han elegido. Esto no ocurre en la tele. Más tarde, descubren que los trabajos que realizan no son tan creativos y satisfactorios como esperaban. Una vez más, no es como en la tele. No debería entonces

sorprendernos el que muchos chicos se vayan por el camino más corto que el crimen parece ofrecer o en la vida fantástica que la droga puede prometer.

Podremos considerar estas afirmaciones como una exageración o estereotipo de la adolescencia moderna. Pero muchas personas hubieran podido seguir un sueño. La adolescencia es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares.

Se denomina adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños pero tampoco son adultos, son una especie de híbrido, con rasgos de adulto y resabios de niño.

Una característica fundamental que diferencia al hombre de las otras especies animales es que entre su nacimiento y el logro de su plena madurez debe transcurrir un largo período de crecimiento y aprendizaje.

Dentro de ese desarrollo vital, la adolescencia es un período que tiene sus antecedentes en la infancia y tiene consecuencias en la vida adulta posterior. Entonces, la adolescencia es más en un proceso, una etapa de transición, que en un estadio con límites temporales fijos. Es indudable que los cambios que ocurren en este momento, cuantitativamente, se dan en una proporción acelerada y, cualitativamente, asistimos al desarrollo de una nueva organización de la personalidad psicológica y social, acompañada de nuevas necesidades, motivaciones, capacidades e intereses. Por esta razón, puede resultar útil hablar de la adolescencia como un período diferenciado, dentro del ciclo vital del ser humano.

La adolescencia empieza con la pubertad, es decir, con una serie de rápidos cambios fisiológicos que desembocan en la plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. Los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, pero esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza, además, por significativas transformaciones psicológicas y sociales.

Adelson (1979) llama la atención acerca de la etiqueta que tantas personas tienen del adolescente “típico” de modelo revoltoso, debido a la tendencia de los investigadores

a centrar su atención en una pequeña proporción de la población adolescente. Como resultado, tenemos una desproporcionada cantidad de información sobre las clases más altas y más bajas, pero muy poco acerca de los jóvenes de clase media baja. Los investigadores también han estudiado los problemas de personas emocionalmente alteradas, ateas o excéntricamente religiosas, así como políticamente alineadas. La mayoría del conocimiento del desarrollo adolescente es en gran parte un conocimiento del desarrollo de adolescentes masculinos, prácticamente sin ninguna relación con la manera en que las niñas se convierten en mujeres adultas. Como resultado de tales brechas, en forma sorprendente podemos decir que sabemos poco acerca de los adolescentes normales.

3.1 Conceptos.

En la actualidad la adolescencia abarca un periodo de por lo menos diez años. Tanto señalar su inicio como el final suelen ser poco precisos. No es raro que el niño comience a comportarse como adolescente antes de que empiecen a aparecer los cambios físicos. Para comprender lo que es la adolescencia conviene conocer su ambiente social y la cultura en la que viven los adolescentes hoy en día. Un factor es la segregación por edades: en el mundo moderno los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy pocos con niños más pequeños o con adultos, quizá porque no quieren ser tomados como niños y por el deseo de descubrir las cosas por sí mismo (Elder, 1980; Elder y Cadp 1990).

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada (a los 9 años en las niñas y 11 en los niños aproximadamente) debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración.

La adolescencia es un fenómeno cultural y social, y por lo tanto sus límites no se asocian fácilmente a características físicas. La palabra deriva del significado latino del verbo “*adolescere*” que es crecer. El tiempo se identifica con cambios dramáticos ocurridos en el cuerpo, junto con progresos psicológicos y académicos de una persona. En el inicio de la adolescencia, los niños terminan la escuela primaria y se incorporan generalmente a la educación secundaria.

La Enciclopedia Autodidáctica Océano Color define a la adolescencia como: “la etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y en lo psicológico”.

G. Stanley Hall (1916) considera a la adolescencia como un periodo de “tormenta e impulso”, un periodo de vacilación y emociones contradictorias.

Margaret Mead (1961) estudió la adolescencia en otras culturas y encontró que la que se da en la sociedad occidental no es un fenómeno universal. Cuando una cultura establece una transición serena y gradual de la niñez a la edad adulta, como sucede en Samoa, se produce una fácil aceptación de la edad adulta. Las sociedades que permiten a los niños darse cuenta de la actividad sexual adulta, ver nacer a los bebés, familiarizarse con la muerte, hacer trabajos necesarios, ejercitarse en comportamientos asertivos y dominantes, comprometerse en juegos sexuales y conocer con precisión lo que implicarán sus papeles adultos, están bastante libres de las tensiones adolescentes.

Sigmund Freud (1953) considera la etapa genital de la maduración sexual como el principio fundamental de la adolescencia. Esta es un redespertar de los impulsos sexuales de la etapa fálica, la cual ahora se orienta por medios socialmente aprobados como son las relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia. Debido a los cambios fisiológicos de la maduración sexual los adolescentes ya no reprimen su sexualidad como lo hacían durante la etapa de latencia en la niñez media. Sus necesidades biológicas hacen esto imposible. Característicamente atraviesan por una etapa homosexual, lo cual suele manifestarse en rendir culto como si fuera héroe a un adulto o en una estrecha relación de camaradería a un par del mismo sexo, todo esto es precursora de las relaciones maduras con personas del otro sexo. Antes que esto se logre, las personas jóvenes tienen que sentirse a sí mismas libres de dependencia en relación con sus progenitores.

Anna Freud (1946) consideraba los años adolescentes como más importantes para la creación del carácter, dando más hincapié en a este aspecto del que establecía su padre. Los cambios glandulares que producen los cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido, energía básica que abastece el

impulso sexual, vuelve a despertarse y amenaza el equilibrio Ello-Yo, mantenido durante los años de latencia. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento. Para evitar ser abrumados por impulsos instintivos, los adolescentes emplean mecanismos de defensa del Yo, tales como intelectualización, sublimación y ascetismo (auto negación).

Eric Erickson (1965) conceptualizó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a la confusión de rol. El crecimiento rápido del cuerpo y la nueva maduración genital evidencian ante los jóvenes su inminente adultez, y los hacen preguntarse acerca de sus roles en la sociedad adulta. La tarea más importante de la adolescencia es descubrir “quién soy yo”. Un aspecto significativo de esta búsqueda de identidad es la decisión por parte de los jóvenes de seguir una carrera. Erickson considera que el primer riesgo de este estadio es la confusión de identidad. Los adolescentes también pueden expresar su confusión actuando impulsivamente, enredándose en cursos de acción pobremente pensados o regresando a comportamientos pueriles para evitar resolver conflictos.

Considera las pandillas o subgrupos exclusivos de la adolescencia y su poca tolerancia a las diferencias como defensas contra la confusión de identidad. Considera, también, el enamorarse como un intento para definir la identidad. Llegando a intimar con otra persona y compartiendo pensamientos y sentimientos, el adolescente da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su Yo.

Durante la “moratoria psicosocial” que proporcionan la adolescencia y la juventud, los esfuerzos de muchas personas jóvenes se centran en la búsqueda de compromisos a los cuales pueden ser leales. Dichos compromisos son tanto ideológicos como personales, y se desarrollan a todo aquello que las personas jóvenes pueden considerar válido con el fin de determinar su habilidad para resolver la crisis de esta etapa.

Uno de los pioneros en el estudio de la adolescencia es Stanley Hall⁴⁷ (1904). Hall consideraba a la adolescencia como un segundo nacimiento a través del cual el joven llegaba relativamente indefenso a la edad adulta. Hall cree necesario aclarar que el adolescente de principio del siglo pasado era un ser educado en rígidos parámetros puritanos que reprimían fuertemente la sexualidad e imponían un profundo sentido del deber sobre el placer. Un ejemplo de esta educación la da la siguiente cita de Louise Kaplan: “un testimonio del pavor que provocaba la masturbación adolescente a principios del siglo XX la brindan los millones de cartas patéticas que recibían los curanderos y los reformadores sociales, de jóvenes a quienes aterrorizaban sus emisiones involuntarias y la perspectiva de perder su batalla contra la masturbación”.

No fueron solamente las ideas religiosas las que influyeron sobre Stanley Hall para poder definir y estudiar a los adolescentes, sino las dos teorías científicas de la época: la teoría de la recapitulación de Ernst Haeckel⁴⁸ y la teoría de Lamarck.

Sobre la teoría de la recapitulación de Haeckel, Louise Kaplan señala que las ideas o conceptos sobre la adolescencia se vieron muy influenciadas por diferentes versiones de esta teoría, que provenía de la embriología en su formulación original y fue abandonada en ese campo no sin antes dejar fuertes vestigios sobre algunos autores, entre ellos Hall y Freud. En ella se sostenía que la ontogenia recapitulaba la filogenia; es decir, que el desarrollo de un embrión humano pasaba por diferentes etapas en las que se parecía a un pez, un pollo, un cerdo, estadios por los que habría pasado la evolución de la especie humana. Formulada así esta idea se sostuvo poco; se aceptó que los embriones humanos se parecían notablemente a embriones de tales animales pero no a sus formas adultas.

En su trabajo “Some problems of adolescence” (Algunos de los problemas de la adolescencia), Ernest Jones⁴⁹ (1920), iniciador del estudio de la adolescencia desde el psicoanálisis, decía: “...durante la pubertad se produce una regresión en dirección a la infancia, al primero de todos los períodos, y la persona vuelve a vivir, aunque en otro plano, el desarrollo por el que pasó en sus primeros cinco años de vida. (...)”

⁴⁷ Psicólogo y pedagogo Estadounidense

⁴⁸ Biólogo y Filósofo Alemán, 1834 – 1919.

⁴⁹ Neurólogo y Psicoanalista Gales, biógrafo oficial de Sigmund Freud.

Dicho de otra manera, significa que el individuo recapitula y expande en la segunda década de vida el desarrollo por el que pasó durante sus primeros cinco años, de la misma forma en que durante esos cinco años recapitula las experiencias de miles de años de sus antepasados, y durante el período prenatal, las de millones de años.”

Había para este autor una triple recapitulación: por un lado el embrión recapitulaba la historia evolutiva de la especie, luego el niño lo hacía con la historia de la humanidad y finalmente el adolescente recapitulaba su propia primera infancia. No se trataba simplemente de una regresión a etapas anteriores, sino un pasaje ordenado y repetido a través de las mismas.

Anna Freud avala el trabajo de Jones y menciona: “que la adolescencia recapitula la infancia y que la manera en que una persona ha de atravesar las etapas del desarrollo de la adolescencia está en gran medida determinada por la modalidad de su desarrollo infantil”. Margaret Mahler⁵⁰ (1960), en la observación de bebés y niños pequeños, hizo una descripción y teorización de gran importancia acerca del vínculo madre-hijo desde el comienzo de la vida, describiendo en los primeros años las siguientes etapas: autismo normal, simbiosis y separación-individuación. Pensar que la salida del hogar, la búsqueda de identidad o de profesión, la sustitución de afectos, fuera una recapitulación en la adolescencia de aquella primera separación-individuación. Mahler pensó que no se termina de superar la simbiosis de la primera infancia de manera definitiva hasta la adolescencia, hasta cuando existe la posibilidad real de la separación física de los padres y, concomitantemente, la posibilidad de terminar de estructurar la propia personalidad.

Peter Blos⁵¹ introdujo el concepto de “segunda separación-individuación”, pero tal denominación no significa para este autor copiar etapas vividas. Blos consideraba que este proceso en la adolescencia tenía características propias, bien diferentes de las infantiles sobre todo en la medida en que entrañaba la conciliación de la moralidad y la genitalidad.

⁵⁰ Psicoanalista y Psicóloga Infantil Austriaca. Iniciadora de la teoría de Psicología Evolutiva.

⁵¹ Músico, Poeta y Psicoanalista Alemán, (1903 - 1997), doctorado en un estudio sobre la adolescencia.

Blos lo expresaba así: “si el primer proceso de individuación es el que se consuma hacia el tercer año de vida con el logro de la constancia del self y del objeto, propongo que se considere la adolescencia en su conjunto como segundo proceso de individuación. Ambos períodos comparten la mayor vulnerabilidad de la organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes con el impulso madurativo. Por último, aunque esto no es menos importante que lo anterior, cualquiera de ellos que se malogre da lugar a una determinada anomalía en el desarrollo (psicopatología) que corporiza los respectivos fracasos en la individuación. Lo que en la infancia significa salir del cascarón de la membrana simbiótica para convertirse en un ser individual que camina por sí solo (Mahler, 1963), en la adolescencia implica desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global, o simplemente, el mundo de los adultos”.

Con respecto a la segunda teoría, la de Lamarck⁵², influyó también sobre Hall y Freud. En particular Hall trasladó estas ideas a la adolescencia. Si Lamarck postulaba que lo adquirido a lo largo de la vida podía heredarse, Hall entendía que esto también servía para las características psicológicas adquiridas durante la adolescencia. Esta etapa privilegiada para que la humanidad mejore a través de la educación en lo relativo a la inteligencia, a la ética y a la religiosidad. En consecuencia de este pensamiento Hall entendía que era positivo prolongar la adolescencia lo más posible para aprovechar este efecto benéfico sobre las futuras generaciones que se verían mejoradas. Aconsejaba así prolongar la formación del joven mientras sus deseos sexuales se canalizaban a través del deporte y la comunión con la naturaleza.

3.2 Características de esta etapa.

3.2.1 Dentro de la Personalidad.

Para el psicoanálisis, en concreto Freud, la adolescencia es un estudio del desarrollo en el que, debido en gran parte a los cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo

⁵² Jean-Baptiste de Monte de Lamarck, Biólogo Francés, (1744 – 1829).

genital. Esta fase del desarrollo, la fase genital, supone, por un lado, revivir los conflictos edípicos infantiles y, por otro, la necesidad de resolverlos con una mayor independencia de los progenitores y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. La fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad hace que se produzca una vulnerabilidad acentuada de la personalidad. Esta debilidad de la personalidad requiere el empleo de diferentes mecanismos de defensa, entre ellos la intelectualización y la sublimación, para enfrentarse a la ansiedad y la inseguridad.

La falta de adecuación de estas defensas psicológicas a la intensidad de los conflictos puede ser el origen de un comportamiento mal adaptado. Es así que el psicoanálisis mantiene una concepción de la adolescencia como una etapa en la que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos.

Para Erickson la adolescencia no establece una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: “una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y por un elevado potencial de crecimiento”. La tarea más importante del adolescente es construir una identidad coherente y evitar la confusión de los roles sociales.

La mala difusión de la identidad puede llevar al aislamiento del joven, a la incapacidad para planear el futuro o una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles o roles negativos por simple oposición.

La perspectiva psicosociológica de la adolescencia subrayará la influencia de los factores externos. Así, la adolescencia, en el sentido sociológico, hace referencia a la experiencia de pasar una etapa que enlaza la niñez con la vida adulta. En este paso, el adolescente, debe tener en cuenta los cambios que se producen en su persona y las nuevas demandas de la sociedad hacia él, debiendo desarrollar nuevos papeles sociales. La chica de 13 o 15 años no es una niña, pero tampoco es una mujer adulta. Su estatus social es confuso y sin etiquetas claras. Las expectativas sociales sobre su papel son ambiguas y puede que, en determinadas situaciones, encuentre dificultades al tener que decidir si se comporta como una niña o como una adulta; esto significa que, el paso por la adolescencia estará afectado por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato que ella considera importantes.

La estructura interna de la personalidad del adolescente es como una entidad objetiva. El adolescente está abierto al mundo circundante, que es influida por él pero la personalidad tiene historia propia y no debe confundirse con la sociedad ni con percepciones de otros individuos. Los psicólogos cognitivos definen la personalidad con el siguiente concepto: “personalidad es la organización mental total de un ser humano en uno o cualquiera de los estadios del desarrollo; comprende todos los aspectos del carácter humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo.” (H.C. Warren y L. Carmichael 1930). Algunas definiciones destacan el factor cognitivo subjetivo de la organización interna diciendo que la personalidad es un esquema unificado de experiencias, una organización de valores consistentes entre sí. (P. Lecky 1945). Definiciones que están formuladas en términos de estructuras internas.

Desde el punto de vista positivista, los psicólogos contemporáneos dicen que la estructura interna es inaccesible a la ciencia. Indican que la personalidad está constituida por nuestras operaciones previamente estructuradas, un ejemplo de definición operacional es la siguiente: personalidad es la conceptualización más adecuada de la conducta de una persona en todo el detalle que puede dar un científico en un momento determinado. (D. McClelland 1954). Esto se asemeja con las definiciones en base del efecto exterior. La personalidad no será una cosa que existe en el sujeto si no la percepción que tiene otra persona, en este caso el científico, médico, psicólogo.

De esta manera podemos caer en cuenta que no hay definiciones correctas o incorrectas, los términos solamente pueden ser definidos de modo que sean útiles para propósitos determinados. Para el objeto que nos proponemos en nuestra tesis necesitamos una definición de personalidad, la trataremos como: *“la personalidad es una estructura dinámica integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar de forma singular e individual”*. (Lucio Balarezo, 2010)

Retomando a Erickson cuando habla del desarrollo de la personalidad, él afirma que una tarea de la adolescencia es resolver este conflicto de identidad. El agente activo

de formación de identidad es el Yo, el cual une las habilidades, necesidades y deseos, permitiéndole adaptarse en el ambiente social.

Es aquí donde surge la virtud de la fidelidad que representa un nivel más alto de virtud de la confianza, desarrollada durante la infancia, siendo no solo capacidad de confiar en otros y la de confiar en sí mismo, sino la de ser confiable. El fracaso en lograr la fidelidad producirá timidez y obstinación, rasgos típicos en los adolescentes. El adolescente una vez que logra intimar con alguien y compartir pensamientos y sentimientos, ofrece su propia tentativa de identidad, la ve reflejada en el amado y capaz de aclarar su Yo.

De igual manera los adolescentes tratarán de hallar su identidad partiendo de su núcleo familiar, ya sea como asimilación de conductas, gustos o intereses. Generalmente tratarán de asimilar los aspectos que más le atraen de las personas del mismo sexo que conforman su familia, como hermanos, primos o tíos, tanto para los hombres como para las mujeres.

Los adolescentes también buscan su identidad y personalidad en los medios de comunicación y lo que estos proyectan, aunque sea moda del momento tratarán de ajustarse a los parámetros que estos suministran para verse aceptados dentro del círculo social. De igual manera los medios les provee de un gran cúmulo de identidades, cuales manejan diversas perspectivas, es aquí donde algunos pueden crear su Yo ideal e intentarán ser como ellos.

Para concluir la formación de la identidad y la personalidad como tales se nota que es un proceso muy complejo en el cual se ven involucradas numerosas variables, que repercutirán positivamente o negativamente. Todo este proceso le permitirá al adolescente crear una personalidad más madura y equilibrada en la mayoría de los casos o puede que en otros lo único que logre sea confundirlos.

Estudios sobre la variable de la rivalidad con los padres revelan que se produce una adecuada aceptación mutua por parte de padres e hijos. Los jóvenes en la formación de valores en del desarrollo de su personalidad tienden a tener las mismas actitudes políticas y religiosas que sus padres. Los conflictos entre las generaciones se dan con

menor frecuencia en relación con valores generales que sobre hechos concretos. Los adolescentes desean hacer cosas que sus padres piensan que aún no están capacitados para hacer. Una vez que los progenitores y el hijo logran algún tipo de equilibrio respecto a lo que es permitido y a lo que no lo es, la naturaleza temporal de esta clase de conflictos se supera y ayuda al reforzamiento de su personalidad.

La tendencia a asociarse con pares similares es fuerte durante la adolescencia, así como el deseo de ser aceptados por las demás personas, concluyendo que las amistades de un adolescente tienen una gran influencia. Sin embargo la influencia de los grupos de compañeros no es todopoderosa, los padres tienen mayor influencia en relación con problemas menores.

Los adolescentes se identifican con otros adolescentes de su edad, sin importar mucho que nos sean de su misma raza, religión, comunidad o sexo debido a que sienten que la mayor parte de los adolescentes contemporáneos comparten valores personales similares. La comparación que se hacen a sí mismos con personas que están en los cuarenta y los cincuenta, los adolescentes se consideran más idealistas, menos materialistas, sexualmente más saludables y más capaces de entender la amistad y las cosas trascendentales de la vida.

La amistad entre los 13 y los 19 años llega a ser de vital importancia, en la medida en que los jóvenes se dedican a separarse de sus familias buscando su propia identidad y en este proceso buscan el aliento de sus pares. Los amigos se dan entre sí el apoyo emocional que los adolescentes necesitan y cada vez aceptan menos la de sus progenitores. De acuerdo con un planteamiento psicosociológico, la amistad en la adolescencia se constituye cuando: “la pérdida de un fuerte sentido del límite del Yo permite llegar a ser profundamente emocional y expresar en forma intensa la propia identidad a otros que, teniendo vulnerabilidades semejantes, no pueden considerarse actores de un mundo hostil”.

La sexualidad llega a destacarse durante la adolescencia, pero no constituye el centro predominante de interés. La imagen que los adolescentes tienen de sí mismos, de las relaciones con sus iguales y con sus progenitores está relacionada con su sexualidad. En esta edad la actividad sexual desde besos casuales, mimos, caricias y hasta coito

satisface una cantidad de necesidades importantes, de las cuales la menos importante es el placer físico. Es más importante la habilidad de la interacción sexual para mejorar la comunicación, la búsqueda de nuevas experiencias, proporciona madurez, estar “en sintonía” con los amigos de grupo, lograr acabar con las presiones y para investigar los misterios del amor.

Las actitudes con respecto a la sexualidad y el comportamiento sexual han cambiado entre las personas adolescentes como entre la relación con sus progenitores. Muchos padres están actualmente en un estadio transicional: se dan cuenta de la actividad sexual premarital de sus hijos, pero no pueden aceptarla totalmente. Hoy los valores de los padres son más liberales, especialmente, respecto a los adolescentes.

Sin embargo, la comunicación acerca del sexo continúa siendo un problema para la mayor parte de padres y adolescentes. Por lo general, los adolescentes desean poder hablar libremente con sus padres sobre el comportamiento sexual y sus problemas pero no lo hacen por muchas razones; consideran que no pueden abrirse confiadamente a sus padres, ya que éstos a su vez no lo hacen con ellos y los puntos de vista de sus progenitores son tan diferentes que estos no podrían entenderlos a ellos; temen la desaprobación de sus padres, sus regaños o castigos porque sienten que sus padres se ofenderían, se decepcionarían o escandalizarían al descubrir que sus hijos “han perdido la inocencia”, porque están desconcertados, u ocasionalmente, por su propio deseo de intimidad.

Actualmente muchos adolescentes tienen relaciones sexuales a edades muy tempranas. Adolescentes que en un principio podían haberse contentado con mimos y caricias amorosas ahora están culminando sus relaciones con coito. Esta precocidad relativa puede constituir un intento para establecer relaciones significativas. Estos jóvenes se están comportando en formas íntimas cuando todavía no han establecido el sentido de realización del Yo que Erickson (1950) considera como prerrequisito para una auténtica relación de intimidad.

Los adolescentes tienen ideas afianzadas de lo que es correcto e incorrecto con respecto al sexo, son tolerantes en rechazar y condenar a otros. La ética que prevalece implica que: “si dos personas desean tener relaciones sexuales en alguna

forma eso es moral, siempre y cuando ambos deseen hacerlo y no se lesione a ninguna de las dos”. Los adolescentes modernos manifiestan opiniones firmes en contra de la explotación y manipulación.

Los hombres y las mujeres adolescentes difieren en la naturaleza de sus impulsos sexuales y en su comportamiento sexual. Los muchachos se excitan mucho más fácilmente, tienden a tener una erección cuando inadvertidamente tocan o ven una chica, cuando leen u oyen acerca de actividades sexuales, cuando miran escenas eróticas, cuando piensan sobre el sexo y cuando se entretienen en mimos y caricias amorosas. A menudo se preocupan por tales erecciones pero rara vez pueden controlarlas. Una vez excitados, sienten intensa urgencia de una descarga sexual, urgencia que se centra en el área genital. Alrededor de los 15 años, la mayoría de los muchachos tiene orgasmos dos o tres veces a la semana, en su mayoría como consecuencia de la masturbación, de sueños sexuales y de caricias. Alcanzan su máxima capacidad sexual durante los últimos años de la adolescencia y aunque pueden permanecer sexualmente activos hasta la vejez, la tasa de actividad decrece gradualmente. Los muchachos son sexualmente más activos que las chicas, inician más temprano, tienen más compañeras, poseen menos restricciones por parte de la sociedad y en menor probabilidad insisten en tener el amor como prerrequisito para la sexualidad.

3.2.2 Dentro de lo Biológico.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia nos recuerda el periodo fetal y los dos primeros años de vida en cuanto a que es un periodo de cambio biológico muy rápido. La característica biológica del adolescente es su notable rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales.

Las variaciones físicas del inicio de la adolescencia están controladas por las hormonas, estas son sustancias bioquímicas segregadas al torrente sanguíneo, son las encargadas de desencadenar el crecimiento ya que su producción aumenta a los 10 años y medio entre las mujeres y en el varón a los 12 años aproximadamente. En este

inicio se presenta un crecimiento rápido en tamaño y fuerza acompañado por cambios en las proporciones corporales (Malina y Bouchard⁵³, 1990). Este crecimiento suele caracterizarse por torpeza y falta de garbo, esta torpeza se debe a que su estirón no siempre es simétrico; por un tiempo la pierna puede ser más larga que la otra o la una mano más grande que la otra, además se caracteriza por un apetito voraz, un incremento de la grasa corporal, esta grasa se deposita en el área de los senos, es un depósito permanente en las mujeres y temporal en los varones.

Los dos sexos presentan gran variabilidad en el periodo en que aparecen los cambios hormonales asociados con el comienzo de la adolescencia, en esta maduración influye mucho las hormonas femeninas y masculinas que se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de andrógenos siendo la más importante la testosterona y en las mujeres los estrógenos y progesterona. (Tanner⁵⁴, 1978).

Cada hormona influye en un grupo específico de objetivos. Así la secreción de testosterona produce el crecimiento del pene, el ensanchamiento de los hombros y la aparición del vello en la zona genital y en la cara. Por acción de los estrógenos crecen el útero y los senos además se ensanchan las caderas.

La pubertad es la madurez sexual y la capacidad de procrear. En las mujeres, su inicio se caracteriza por la menarquía aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1978). En los hombres se caracteriza por la primera emisión de semen que contienen espermatozoides viables.

En el varón la primera indicación de la pubertad es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado similar más o menos un año después. Mientras tanto el vello púbico empieza a aparecer, pero sin que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. Se registra además un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. Su

⁵³ Robert Malina y Claude Bouchard (estadounidenses) son médicos que se ocupan del desarrollo y maduración física y psicológica de la niñez y adolescencia.

⁵⁴ James Mourilyan Tanner, Psicólogo humanista británico, pediatra endocrinólogo. Desarrolla los cuadros de las etapas del desarrollo sexual en la pubertad y adolescencia.

primera emisión de semen puede ocurrir tanto a los 11 años como a los 16. Por lo común las descripciones sobre la voz de los niños adolescentes comprenden su voz vacilante y cambio de tono.

En la mujer el crecimiento de los senos suele ser la primera señal de que se han iniciado ya los cambios que culminarán en la pubertad. También se comienza a desarrollar el útero y la vagina, acompañados del agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris. La menarquía que es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niñez a la adolescencia puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 y medio aproximadamente. Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas; además suelen variar un mes a otro, en muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce óvulos (Tanner, 1978) pero la adolescente no debe suponer que no es fértil.

3.2.3 Estructura Cognitiva.

Las dos concepciones anteriores sobre la estructura de la personalidad, la psicoanalítica y la psicosocial, subrayan los componentes afectivos y sociales. A esto se suma la posición piagetiana en señalar la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. Las nuevas capacidades intelectuales que se desarrollan durante el período de las operaciones formales abren la posibilidad de elaborar teorías basadas en una reflexión no solo sobre lo concreto real sino sobre lo abstracto posible y capacitan al adolescente para planificar su programa de vida y presentar alternativas a la sociedad actual (Piaget, 1950).

Surgen en esta etapa, con mayor impulso, las críticas y las reflexiones sobre la religión, la política o acerca de los sistemas de autoridad vividos en la familia y la escuela. Este recién estrenado poder del pensamiento hace que el adolescente caiga a veces en un nuevo egocentrismo intelectual, es decir, que confíe excesivamente en el poder de la ideas. Para el adolescente, pensar en cambiar algo es ya cambiarlo, teorizar es aplicar ya esas ideas a la sociedad. La dificultad de las transformaciones sociales la encontrará cuando se integre realmente en la sociedad adulta y cuando los avances en su desarrollo le permitan buscar una coordinación mejor entre teorías y hechos.

Elkind⁵⁵ (1981), autor de orientación piagetiana que ha realizado relevantes estudios sobre este período, ha formulado dos aspectos de este egocentrismo adolescente: la audiencia imaginaria y la fábula personal. La audiencia imaginaria supone la obsesión del adolescente por la imagen que los demás poseen de él, la creencia de que todo el mundo le está observando. La fábula personal se refiere a la tendencia de los adolescentes a considerar sus experiencias como únicas e incomprensibles por otras personas.

En la adolescencia hay una expansión de la capacidad y del estilo de pensamiento que aumenta la consciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas que enriquecen y complican la vida. El desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la meta cognición, ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los pasamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales. (Vigotsky⁵⁶, 1978).

A medida que las personas se acercan a la adolescencia, sus vivencias y experiencias pasan a ser en alto grado condicionadas por las intensas y nuevas situaciones que este período desencadena. Los niños y niñas que han sido preparados para hacer frente a esta etapa, se adaptan a los cambios con mayor facilidad que aquellos que no han recibido ningún tipo de preparación. Los que de antemano saben qué les espera acogen mejor los cambios y tienen la seguridad que estos tendrán resultados positivos. En el inicio de esta etapa puede resultar interesante revisar las concepciones y actitudes.

Jean Piaget (1896 - 1980) es el principal exponente del enfoque del desarrollo cognitivo. Se interesa por los cambios cualitativos que tienen lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez. Mantiene que el organismo humano tiene una organización interna característica y que esta

⁵⁵ Psicólogo estadounidense cognitivo, dedicado al estudio del desarrollo cognitivo en adolescentes y niños.

⁵⁶ Lev Semiónovich Vygotski, psicólogo ruso, elabora una teoría del aprendizaje: "Zona de desarrollo Próximo".

organización interna es responsable del modo único del funcionamiento del organismo, el cual es invariante. También sostiene que por medio de las funciones invariantes el organismo adapta sus estructuras cognitivas. Estos tres postulados: organización interna, funciones invariantes e interacción entre el organismo y el entorno, son básicos para Piaget. El desarrollo cognitivo según Piaget no es el resultado solo de la maduración del organismo ni de la influencia del entorno, sino la interacción de los dos.

Para Piaget la inteligencia es una adaptación. Existen las funciones invariables y las estructuras cognitivas variantes, es decir, las estructuras cambian a medida que el organismo se desarrolla. Son las estructuras cognitivas variantes las que marcan las diferencias entre el pensamiento del adolescente y del adulto.

Mientras se va desarrollando el organismo, sus estructuras cognitivas cambian desde lo instintivo a través de los sensorio-motor a la estructura operativa del pensamiento del adulto y Piaget sostiene que estas tres formas de estructura cognitiva representan tres niveles del conocer.

Piaget elabora hipótesis sobre cómo se desarrolla el conocimiento y sostiene que este proceso de desarrollo está marcado por una serie de etapas cuyo orden es invariable, aunque el tiempo de su inicio y su terminación pueden variar. Pero cada etapa representa un modo diferente de enfrentarse con un aspecto particular del entorno y por esto ha de esperarse con la mayor parte de la actividad pensante del adolescente.

Describe Piaget el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo. Piaget afirma que la etapa final es la del pensamiento operacional formal, esta modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente. Este pensamiento exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Los adolescentes muestran a sí mismo una capacidad cada día mayor en planear, buscan reflexionar sobre sus pensamientos y buscan nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. (Inhelder y Piaget, 1958).

La perspectiva de la inteligencia ha especificado tres componentes medibles del procesamiento de la información (Robert Sternberg, 1984 – 1985) cada una con función propia:

- Metacomponentes: proceso de control de orden superior con los cuales se planea y se toma decisiones.
- Componentes del desempeño: proceso con el cual se llega a la solución de un problema, consiste en la selección y la recuperación de información.
- Componentes de adquisición de conocimiento: proceso que se utiliza en el aprendizaje de nueva información (almacenamiento).

El contenido del pensamiento de los adolescentes son sus habilidades cognitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, familia y el mundo, por esta razón el contenido de sus pensamientos amplía su alcance y su complejidad.

3.3 Problemas de esta etapa.

En forma general las diferentes teorías psicológicas enfatizan los problemas que ocurren durante el período de la adolescencia, sea el apareamiento de nuevas pulsiones, la necesidad de crear nuevos roles o la adaptación al nuevo poder del pensamiento. Todos son nuevas tareas que es necesario acometer y en las que se puede fracasar.

La consideración de la adolescencia como período “tormentoso” de la vida, se remonta a los primeros trabajos científicos sobre el tema. Desde el estudio de Stanley Hall (1916) esta etapa ha venido siendo descrita como de “tormenta y tensión” y con cierta proclividad a la aparición o inicios de fenómenos patológicos.

No obstante, esta imagen de la adolescencia no concuerda con las investigaciones realizadas a partir de los años 60, algunos autores como Weiner⁵⁷ (1970) se atreven a afirmar que: “el adolescente típico es un individuo razonablemente adaptado, cuyo

⁵⁷ Psicólogo estadounidense, actualmente es profesor en la Universidad de South Florida. Tomado del libro “Psicopatología del niño y del adolescente”

funcionamiento cotidiano se ve mínimamente impedido por una incapacidad psicológica”.

Con un resumen realizado por Coleman (1979), podemos decir, en primer lugar, que nada parece indicar que los adolescentes tengan más crisis personales que los sujetos de 10 años o los adultos. Segundo, con respecto a los conflictos generacionales, muchos adolescentes no muestran opiniones muy discrepantes de las de sus padres en materia política, religiosa o de costumbres y no tienen demasiados problemas para conseguir su autonomía. Y en tercer lugar, no parece que en este período se dé una crisis de identidad con mayor facilidad y frecuencia que en otros, aunque existan problemas reales de autoimagen.

La adolescencia es una etapa de cambios rápidos y bruscos en lo físico, psíquico y en lo social. Un punto clave es que el adolescente vaya adoptando el rol de adulto en lo que hace referencia al nivel sexual, social, vocacional. Ante esta avalancha de cambios, provocan en el adolescente la aparición de grandes problemas como dudas y miedos.

3.3.1 Alcoholismo.

El alcohol en la adolescencia es un problema en aumento (Fernando Cadaveira Mahía⁵⁸, 2005), donde los adultos somos conscientes de la presencia que tiene en nuestra sociedad y del preocupante consumo de los adolescentes que cada vez comienzan a beber antes y en mayores cantidades. El problema no radica solo en los peligros relacionados con los accidentes de tráfico resultado de una noche de excesos y de irresponsabilidad de consumo. Hay efectos importantes que se producen en los cerebros todavía en proceso de desarrollo que son estimulados con ese tipo de sustancias y muchas veces desconocemos el contenido real de esta información.

Una investigación escrita por el doctor Fernando Cadaveira⁵⁹, en el que analiza los efectos en los adolescentes que consumen los fines de semana alcohol, menciona:

⁵⁸ Profesor titular de Psicobiología de la Universidad de Santiago de Compostela – España.

⁵⁹ Tomado de la investigación “Consecuencias neurocognitivas del consumo intenso de alcohol (*Binge Drinking*) en adolescentes”

...la adolescencia supone un paso a la adultez en que la propia maduración biológica afecta y se ve afectada por variables de diverso orden. A nivel cerebral esta abarca la segunda década de la vida en la que se producen cambios neuromadurativos importantes, extendiéndose para algunas estructuras de evolución más reciente hasta aproximadamente los 25 años. El cerebro adolescente parece especialmente vulnerable a los efectos del alcohol siendo probablemente las regiones de maduración más tardía diana especial. Este hecho pasa a ser muy preocupante frente a los datos de prevalencia del consumo intensivo de fin de semana de los adolescentes en Europa y, especialmente, en España. Este consumo se caracteriza por la alta prevalencia en adolescentes, igualación del consumo entre sexos, rejuvenecimiento del perfil de bebedores abusivos y escasa percepción del riesgo. En la literatura anglosajona ha sido llamado “*binge drinking*” (BD) y que como criterio supone beber 5 o más UBEs (unidad de bebida estándar) para hombres y 4 o más para mujeres en una misma sesión.

Según el último informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de secundaria, el alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los 14 y los 18 años. Aproximadamente, un 53,4% de los estudiantes de estas edades (47,3% chicas y 59,8% chicos) han tomado en los últimos 30 días 5 o más copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (BD). Un 17.7% lo han hecho más de 4 veces el último mes, siendo habitual que alcancen la embriaguez.

La mayoría de las investigaciones sugieren que las mujeres son más vulnerables a los efectos del alcohol, argumentando, entre otras, razones de orden metabólico y hormonal. En adolescentes y jóvenes, en un estudio reciente con una muestra de 14 a 17 años con problemas por abuso de alcohol, se informó de patrones de actividad cerebral más anómalos mediante RMNf (resonancia magnética nuclear funcional) en mujeres que estaban realizando pruebas de memoria de trabajo espacial. Empleando pruebas neuropsicológicas, otras investigaciones llegaron a conclusiones semejantes en adolescentes BD. Además de los factores antes mencionados se han esgrimido diferencias sexuales en procesos neuromadurativos dada la importante incorporación de las adolescentes y jóvenes a este patrón de consumo de fin de semana.

El inicio temprano se ha asociado a un incremento importante del riesgo a desarrollar

alcoholismo. En España existen razones para la preocupación; la última encuesta escolar indica una media de inicio de 13,9 años (muchos se acercan a los 12); este es un fuerte motivo para investigar las posibles consecuencias. Desafortunadamente, para muchos adolescentes el consumo de alcohol supone una forma de socializarse que no se acompaña de una especial percepción de riesgo.

La generalización de un patrón de consumo intermitente pero intensivo, ligado al ocio y la cada vez más temprana edad de inicio fueron factores que empezaron a despertar inquietud en nuestra sociedad. Los problemas ocasionados por este tipo de patrón suponen importantes pérdidas a nivel personal, familiar y social y han llegado a constituir una de las prioridades de actuación de los países desarrollados.

Una cierta inquietud social por las consecuencias de esta forma de consumo, especialmente en EEUU y otros países de la UE, antecedió a la propia alarma científica acerca de los efectos en el cerebro adolescente. De hecho, durante un buen número de años algunos índices comportamentales (efectos sedativos, sobre la coordinación motora, agresión) llevaron a pensar que los jóvenes eran menos vulnerables a la acción del alcohol. Las principales variantes a la hipótesis del envejecimiento prematuro partían de este supuesto y apuntaban a más allá de los 40 años como etapa especialmente crítica.

La constatación de un inicio cada vez más temprano en el consumo y los estudios sobre vulnerabilidad genética para el alcohol tal vez fueron los factores que más poderosamente reorientaron la atención de la comunidad científica hacia el consumo en adolescentes y jóvenes. De entre todas las variables habitualmente consideradas (extensión de la historia, de abuso, niveles de consumo...) era únicamente la edad de inicio la variable que de forma consistente se asociaba a la gravedad de las complicaciones por consumo abusivo de alcohol. La incidencia de factores genéticos en la irrupción de formas de alcoholismo temprano de evolución rápida era otro dato que incrementaba la preocupación por la cada vez mayor precocidad en el consumo.

A pesar de la precoz propuesta realizada por Hunt⁶⁰ para humanos, sería la

⁶⁰ Thomas Hunt Morgan (1866 – 1945), fue doctor genetista estadounidense. Premio Nobel en 1933.

investigación con modelos animales la que aportó las primeras evidencias firmes. En estos estudios se ha puesto el énfasis esencialmente en tres características diferenciales del patrón BD; inicio temprano, picos de consumo muy elevados en breve tiempo e intermitencia y efectos nocivos en el desarrollo estructural del cerebro. Así, a nivel estructural se ha podido observar que los cerebros de ratas adolescentes con un patrón BD muestran daños considerables en el córtex prefrontal, el córtex periforme anterior y la corteza perirrinal, áreas que se corresponden con regiones de la corteza orbitofrontal y temporal, mientras que en ratas adultas también BD no se observa degeneración en esas regiones. Otra estructura especialmente vulnerable es el hipocampo, así, en ratas adolescentes se observó bloqueo de los receptores NMDA-glutamato y del fenómeno de potenciación a largo plazo; otros estudios han demostrado inhibición de la neurogénesis. En España se informó de consecuencias comportamentales a largo plazo por daño en el hipocampo, córtex y cerebelo derivado de procesos inflamatorios en ratas adolescentes con patrón de consumo BD. Además del efecto que el alcohol en altas concentraciones o sus metabolitos puedan tener, el propio efecto de sufrir múltiples retiradas puede jugar un papel importante. Como demuestran algunos estudios, no es necesario esperar varios años para que se produzcan importantes efectos por el consumo intensivo e intermitente en ratas, bastan pocas sesiones para observar daño estructural en algunas cortezas olfativas e hipocampo. Si bien las dosis necesarias para provocar en tan pocas sesiones estos daños no son equiparables a las del consumo humano, algunos de los efectos recuerdan los observados en alcohólicos crónicos.

A nivel neurocognitivo, se ha podido comprobar que las alteraciones producidas en procesos de aprendizaje y en la memoria espacial son más potentes en ratas adolescentes. También, se han informado de posibles consecuencias a largo plazo en ratas adultas que durante la adolescencia fueron sometidas a un patrón BD. Estas consecuencias eran especialmente evidentes en pruebas que implicaban a la memoria de trabajo aunque también fueron observadas dificultades persistentes en pruebas de aprendizaje y memoria espacial.

En términos de maduración cerebral se consideran que la adolescencia abarca la segunda década de la vida y para algunas estructuras buena parte de la tercera. De forma similar a lo que ocurre en otros periodos evolutivos críticos, en algunas

regiones del cerebro adolescente se producen importantes transformaciones tanto regresivas (con pérdida de un número sustancial de sinapsis superfluas), como progresivas (de mielinización de las neuronas y consolidación de las conexiones) que tendrán importantes consecuencias comportamentales en la vida adulta. Estas regiones en maduración median importantes aspectos del comportamiento adolescente y parecen diana especial para los efectos del alcohol. Entre ellas debemos destacar la corteza prefrontal. Los procesos neuromadurativos en esta región se extienden hasta la tercera década de la vida y tienen importantes repercusiones en funciones cognitivas relevantes como planificación, toma de decisiones, control comportamental, memoria de trabajo o procesos de atención, entre otros. El abuso de alcohol en la adolescencia también ha sido asociado a menos volumen del córtex prefrontal, sin embargo esas diferencias podrían estar moduladas por el sexo, relacionadas con factores premórbidos o condicionados genéticamente. En cuanto a otra de las posibles dianas, el hipocampo, se trata de una estructura con enorme plasticidad que está implicada en la formación de nuevas memorias y en el mantenimiento de representaciones del entorno espacial. Como se ha señalado, algunos fenómenos asociados especialmente al hipocampo, como neurogénesis o potenciación a largo plazo, demostraron ser muy vulnerables a los efectos de un patrón BD en estudios en animales adolescentes o jóvenes; el propio hipocampo muestra daño estructural después de escasas sesiones de ingesta de alcohol. A nivel estructural los escasos estudios en humanos ratifican algunos de los hallazgos observados en animales. Así, se ha informado, mediante RMN de una reducción media significativa en el volumen del hipocampo en jóvenes que empezaban a cumplir los criterios DSM-IV de abuso o dependencia alcohólica. Otros trabajos destacan especialmente un menos volumen en el hipocampo izquierdo.

Los primeros estudios neuropsicológicos empiezan a aclarar la asociación de un patrón BD en adolescentes y jóvenes con bajo rendimiento en varios ámbitos. [...]. Adolescentes que acumulaban al menos 100 sesiones BD obtuvieron peores rendimientos en test de aprendizaje, memoria y funcionamiento visoespacial. En un estudio de seguimiento efectuado durante 8 años (desde los 16 a los 24 años) se comprobó un efecto acumulativo que se trasladaba a los resultados en pruebas de aprendizaje y memoria.

Si bien queda aún mucha investigación que realizar sobre las consecuencias de este patrón en humanos, el consumo intensivo en adolescentes puede conllevar consecuencias a largo plazo a nivel neurocognitivo. En modelos animales, se ha informado que la exposición a repetidas sesiones BD ocasiona a consecuencias a largo plazo especialmente en tareas de memoria. Los muy escasos estudios realizados con humanos una vez más parecen ir en la misma dirección. Estas consecuencias estarán muy probablemente moduladas a nivel individual por otros factores como riesgo genético, sexo, edad de inicio o policonsumo.

3.3.2 Problemas Alimenticios.

La anorexia (Cloniger, 2003) es uno de los problemas alimenticios más comunes en la etapa de la adolescencia, es una enfermedad que acomete, típicamente, al género femenino, la alteración de la percepción corporal es lo predominante, hace que se digan las adolescentes que "se ven gordas" o que "quieren perder unos kilitos" y comienzan una dieta exhaustiva. Al poco tiempo, a pesar de haber adelgazado, no se conforman y continúan haciendo una dieta cada vez más severa; a menudo sienten frío, por ello, tienen que cubrirse exageradamente; pierden sus períodos menstruales y comienzan a distanciarse de sus familiares, que constantemente les hablan de la necesidad de alimentarse pudiendo llegar en algunos casos a la muerte.

Los criterios para diagnosticar anorexia nerviosa según el DSM-IV son:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, teniendo en cuenta la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal.
- Presencia de amenorrea. Si han tenido la primera regla, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La bulimia es otro trastorno de los problemas alimenticios, en el cual la comida y el peso se transforman en obsesiones. Pensamientos constantes sobre estos dos temas, se imponen en las enfermas, sin saber cómo evitarlos o controlarlos. La característica

fundamental de la bulimia son los tremendos atracones de comida que tienen las personas que padecen esta enfermedad. Cualquier frustración o sensación de ansiedad no controlada puede terminar frente a una gran cantidad de pasteles, galletas, helados...

Estas comilonas van seguidas de un temor a que la comida se acumule en forma de grasa. Comienzan entonces una serie de conductas tendentes a evitar esa "catástrofe" que supone el engordar, como puede ser provocarse vómitos, períodos de ayuno, abuso de laxantes...

Una bulimia puede permanecer en secreto durante mucho tiempo, ya que es un tema del que las adolescentes no se sienten orgullosas.

3.3.3 Identidad y personalidad.

Hay muchas formas en que los adolescentes tratan de lograr hallar su identidad, es partiendo de los demás, es decir, de su grupo de amigos o compañeros, se tratará de lograr el mayor grado de aceptación y comodidad social, por lo que experimentarán diversos cambios de conducta, pensamiento, forma de vestir y más aspectos hasta que poco a poco comiencen a seleccionar los aspectos con los que mejor se sientan. Esto no sea tan fácil en unos como en otros, porque habrá algunos que se dejen dominar por sus otros y pierdan su identidad y comiencen a imitar a otro. Se menciona en primer lugar el ámbito social que el familiar, porque pese a todo en la sociedad actual, los adolescentes conviven más y se llevan mejor con su grupo de iguales que con su misma familia.

Una de las innovaciones más importantes fue la hecha por Erickson (1968) quien al postular no 5 estadios como Freud había hecho, sino 8. Erickson elaboró tres estadios adicionales de la adultez a partir del estadio genital hasta la adolescencia descrito por Freud. Nadie de nosotros nos detenemos en nuestro desarrollo, sobre todo psicológicamente, después de los 12 o 13 años continúa.

Erickson señaló algo con respecto a las interacciones de las generaciones, lo cual llamó "mutualidad". Freud ya había establecido claramente que los padres influían

de una manera drástica en el desarrollo de los niños pero Erickson amplió el concepto partiendo de la idea de que los niños también influían en el desarrollo de los padres. Por ejemplo, la llegada de un nuevo hijo representa un cambio de vida considerable para una pareja y remueve sus trayectorias evolutivas.

Un ejemplo claro de mutualidad lo encontramos en los problemas que tiene una madre adolescente. Aun cuando tanto la madre como el hijo pueden llevar una vida satisfactoria, la adolescente está todavía envuelta en tareas de búsqueda de sí misma y de cómo encajar en la sociedad (Erickson, 1955). La relación pasada o presente con el padre de su hijo puede ser inmadura tanto en uno como en el otro y si no se casan o viven juntos, ella tendrá que lidiar con los problemas de encontrar una nueva pareja. Por otro lado, el niño presenta una serie de necesidades básicas, incluyendo la más importante: tener una madre con las habilidades maduras y apoyo social.

Si los padres de la adolescente en cuestión se unen para ayudar, tal y como cabría esperar, romperán con sus funciones evolutivas. Las formas en que interactuamos son extremadamente complejas y muy frustrantes para los teóricos. Pero ignorarlas sería obviar algo muy importante con respecto a nuestro desarrollo y nuestra identidad.

El quinto estadio propuesto por Erickson es el de “identidad vs. difusión de la identidad”, teniendo como fortaleza el aprendizaje de la fidelidad, la gente significativa son los compañeros y grupos externos y desarrollándose un modelo de liderazgo.

Esta etapa corresponde a la adolescencia, empezando en la pubertad y finalizando alrededor de los 18 o 20 años. (Actualmente está claro que debido sobre todo a una serie de factores psicosociales, la adolescencia se prolonga más allá de los 20 años, incluso hasta los 25 años). La tarea primordial es lograr la identidad del Yo y evitar la confusión de roles. Esta es la etapa que más le interesó a Erickson (1968) y los patrones observados en los adolescentes constituyeron las bases a partir de las cuales el autor desarrollaría todas las otras etapas.

La identidad yoica, para Erickson, significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad, esto requiere que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos para formar una autoimagen, una que nuestra sociedad estime como significativa. Hay situaciones que hacen más fácil estos requerimientos como poseer una corriente cultural adulta que sea válida para el adolescente, con buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación.

También, la sociedad debe intentar suministrar unos ritos de paso definidos o ciertas tareas y rituales que ayuden a distinguir al adulto del niño. Tanto chicos como chicas deberán pasar por una serie de pruebas de resistencia, de ceremonias simbólicas o de eventos educativos. Una forma de diferencia de límites en los roles en este periodo es la irresponsabilidad de la infancia frente a la responsabilidad propio del adulto, debe establecerse de forma clara para el adolescente.

Sin estos límites, podrían los adolescentes embarcarse en una confusión de roles, lo que significa que no sabrían cuál es su lugar en la sociedad y en el mundo. Erickson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. Una sugerencia que Erickson plantea para la adolescencia es la de una moratoria psicosocial. Alienta a los adolescentes que se tomen un “tiempo libre”. Darse un respiro, buscarse a sí mismo.

Se da un problema cuando se llega a tener demasiada “identidad yoica”. Cuando un adolescente está tan comprometido con un rol particular de la sociedad o de una subcultura, no queda espacio suficiente para la tolerancia. Erickson llama a esta tendencia un proceso mal adaptativo o fanatismo. Un fanático cree que su forma es la única que existe. Estos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo.

La falta de identidad es bastante problemática y Erickson se refiere a esta tendencia maligna como rechazo. Estos adolescentes rechazan su membresía en el mundo adulto e incluso rechazan su necesidad de una identidad. Algunos se permiten a sí mismos la “fusión” con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos

rasgos de identidad: sectas religiosas, grupos amenazadores como subgrupos (punkeros, góticos, emos...); en definitiva, grupos que se separan de las corrientes de la sociedad. Pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas; después de todo, ser “malo” o ser “nadie” es mejor que no saber quién soy.

Si el adolescente logra salir con éxito esta etapa, tendremos la virtud que Erickson (Craig, 2001) llama fidelidad. La fidelidad implica lealtad o la habilidad para vivir de acuerdo con los estándares de la sociedad a pesar de sus imperfecciones, faltas e inconsistencias. No estamos hablando de una lealtad ciega, así como tampoco de aceptar sus imperfecciones.

El adolescente, también, tiene que tener una identificación sexual sea esta homo o hetero (De Barbieri, 1992; Rubin, 1996)⁶¹: el ser humano por naturaleza es un ser sexual y se va dirigiendo hacia una homo o hetero sexualidad, pero todo ello conlleva muchas angustias.

Seguir o romper la parte generacional: la forma de vida de los adolescentes no tiene que ver con la de la generación anterior, ya que cada generación tiene su contexto como son las costumbres, moda, música...

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo de la identidad y la autoestima. Muchos de los problemas de comunicación que pueden llegar a tener los adolescentes se deben a una baja autoestima. De allí que es importante contribuir de manera positiva al fortalecimiento de su identidad.

La mejor forma de apoyar el crecimiento saludable del adolescente, es estimulándolo desde pequeño para que paulatinamente, incorpore las habilidades y aptitudes a la vida adulta. De tal modo, fortalecerá su personalidad y se afianzará su identidad, lo que redundará en un desarrollo evidente de su autoestima y su autoimagen.

3.3.4 Problemas de autonomía.

⁶¹ Gayle Rubin, antropóloga cultural estadounidense. Teresita de Barbieri, socióloga feminista uruguaya.

El planteamiento de dependencia versus autonomía (Erickson, 1955) hace referencia en que los adolescentes quieren ser independientes pero no tienen la suficiente capacidad para ello.

La ambivalencia de ser independiente y dependiente en los adolescentes⁶² se siente constantemente, es un conflicto entre su deseo por ser independientes de sus progenitores y darse cuenta de la forma en que realmente dependen de ellos.

En los diferentes momentos por los que transita la familia, cuando uno de los hijos entra en la edad adolescente marca un hito en la relación con los padres y consiguientemente, en la dinámica de todos sus miembros.

Muchos pueden ser los ejemplos que muestren lo señalado anteriormente. En la actualidad la adolescencia es un período más prolongado por diversas razones: por una parte, las personas maduran hoy más temprano que hace un siglo, esto quiere decir que existe una tendencia secular en el crecimiento y la maduración que influyen en un nivel de vida más alto, sin embargo, en tiempos de crisis económica a menudo se invierte la tendencia secular (Papalia, 1990). La otra razón es de postura sociológica, la sociedad cada vez es más compleja, demanda una mayor calificación, una preparación especializada para asimilar la introducción de los avances de la ciencia y la tecnología en todos los sectores, eso trae aparejado una dependencia económica más prolongada a los padres.

Es sabida la posición intermedia que ocupa el adolescente que lo conduce a situaciones contradictorias. Algunas veces es considerado como adulto exigiéndosele responsabilidad, mientras que en otras se le percibe como incapaz de tomar decisiones limitándose su independencia.

En el adolescente las demandas ya no son las mismas que cuando era niño, se le exigirá mayor autonomía en el trabajo escolar y en la familia mayor responsabilidad. Este período de cierta ambigüedad y de poca definición creará diferentes situaciones

⁶² Tomado de la Revista Cubana de Psicología volumen 16 número 2 de Lourdes Ibarra Mustelier, 1999. Artículo: "Adolescente en crisis vs crisis de la adolescencia."

que se les puede asociar con dificultades psicológicas propias de la edad. Entonces, la expectativa de los padres de un adolescente es que sea obediente, en cambio que con sus pares ha de manifestarse con independencia e iniciativa. Asimismo, el adolescente puede sentir como un conflicto el disfrutar de cierta independencia familiar y al mismo tiempo, mantenerse "atado" en otras esferas.

Las investigaciones efectuadas sobre las expectativas de padres y adolescentes (Ibarra, L. 1993) señalan que los padres tienden a tener expectativas demasiado altas o diferentes a las de los adolescentes. En la comparación de las expectativas mutuas entre padres y adolescentes se ha constatado la no correspondencia que cada uno posee del otro.

Esta red de relaciones que tienen el sesgo de las expectativas mutuas se incorpora a la complejidad de la estructura familiar por la presencia de abuelos, tíos u otros en la familia extensa. Este tipo de familia para el adolescente puede ser objeto de demandas contradictorias que obstaculicen la socialización por la carencia de patrones consistentes. Además, si las personas adultas con los que cohabita son autoritarias será un factor que no propiciaría la aparición de la necesidad de independencia y autonomía propia de la edad.

La prolongación de la dependencia de los más adolescentes y la significación de los grupos de pares están asociados a factores que disminuyen la influencia educativa de la familia, mostrándose una desviación entre lo aprendido a través del legado familiar y lo que requieren para asumir la posición de adulto.

Los adolescentes viven el conflicto entre el deseo de independizarse de los padres y el concientizar la forma en que dependen de ellos. Este hecho explica que frecuentemente los adolescentes rechacen los intentos de sus progenitores para orientarlos, guiarlos y conciben sus opiniones irrelevantes, anticuadas y los agreden de palabras. En la búsqueda de un nuevo sentido de identidad e igualdad, los adolescentes tienen que volver a pelear muchas de las batallas de años anteriores.

Entre las variables del ambiente familiar que pueden influir en el desarrollo del adolescente están los estilos parentales a saber: democráticos, autoritario y

permisivo. Concuerdan los investigadores en que el estilo parental preferido por el adolescente es el democrático. Esta manera de control propicia un comportamiento caracterizado por la seguridad, la confianza en sí mismo al ser estimulado en la disciplina de sus actividades. El sentir ser aceptado por sus padres es un hecho psicológico de valor inestimable para la salud de las relaciones de los adolescentes con los adultos en general y con los progenitores en particular. El hecho de ser consultado sobre las decisiones familiares, de no ser controlado excesivamente, ni de sentirse sobreexigido, ni ser objeto de castigo y regaños sistemáticos promueve en el adolescente la independencia y la responsabilidad que reclama y necesita para su desarrollo personal. (Lehalle, 1990).

Esto significa que los padres se convierten en modelos a imitar si se establecen los límites necesarios en la interacción, presidida por reglas fáciles de observar a través de las conductas verbales y no verbales que marcan, que se permite y que se prohíbe, sobre qué asuntos vitales se intercambia información o qué es censurable.

Si bien la relación entre los modelos de control de los padres y el tipo de efecto en la socialización de los adolescentes no es lineal, ni directa porque es preciso considerar otras influencias de la "situación social del desarrollo" al decir de L. S. Vigotsky sí representa un factor significativo en su configuración psicológica.

En contraste con lo anterior, los niños de padres permisivos que no encuentran dificultades para la satisfacción de sus necesidades con la intención de evitarles conflictos bosquejan una realidad inexistente. El niño no ha aprendido a aceptar el NO, a enfrentar las dificultades ni ha vivido las experiencias necesarias en su socialización. Al alcanzar a la adolescencia se manifiesta como un adolescente "difícil", expresa inmadurez, irresponsabilidad extrema, conductas antisociales e incontrolables y las relaciones con los demás adultos son conflictivas y consiguientemente el ambiente familiar es tenso.

Por otra parte, en las familias donde las pautas son autoritarias, los hijos tienden a rebelarse contra ese estilo que no les da autonomía, ni independencia y que asumen, caracterizado por inestabilidad afectiva, respuestas muy explosivas y falta de respeto para tratar de reafirmarse y alcanzar por esas vías el espacio que le niegan sus padres.

Este comportamiento del adolescente se asemeja a la que adoptan los hijos de padres paternalistas, esto se explica porque esta práctica de ejercer el control es una variante del autoritarismo con una envoltura que aparentemente es menos autocrítica, pero igualmente anula la individualidad del adolescente que es sustituido en todo momento por el adulto perfeccionista, que sabe lo que es bueno, correcto, justo, frente a un hijo dependiente, con poca confianza en sí mismo como resultado de un reforzamiento continuo, asumiendo incluso una conducta contraria a la que sienten o piensan para evitar el enfrentamiento con los padres, pero a "sus espaldas" se sienten libres y se comportan como realmente son. (Ibarra, 1992) Si estos padres tienen conocimientos del comportamiento de sus hijos y no responden a la percepción que tienen del mismo se sorprenden, no dan crédito a ello y les reclaman todo el esfuerzo invertido en su educación y la retribución que reciben al violar normas, valores y costumbres que pautaron su vida. Habría que reflexionar si los padres sabían lo que pensaban sus hijos de esas normas, cuál era el sentido personal que cobraba ese valor social, se creó un clima afectivo cálido en que uno y otro se sintieran cómodos al conversar de cualquier tema sin que mediaran estereotipos o tabúes que redujeran los contenidos de la conversación a la actividad de estudio, la disciplina, la salud y las necesidades materiales.

Investigaciones realizadas apuntan que al comparar los adolescentes de padres democráticos con adolescentes de padres autocráticos se constató una tendencia en los primeros a confiar en sus ideas y a ser independientes en la toma de decisiones, no así en los segundos. (Elder, 1990; Lehalle⁶³, 1990).

3.4 Conclusiones.

La adolescencia es una etapa que va constituyendo a una persona, va marcando lo característico que lo vuelve idéntico a su entorno y al mismo tiempo va marcando su individualidad, lo va tornando único en su contexto de personalidad, esa amalgama de lo biológico, lo cognitivo, lo social y lo psicológico hasta la conformación de su self para su trascendencia.

⁶³ Elder y Lehalle, son psicólogos infantiles mexicanos.

Las exigencias que toda cultura impone al adolescente, le coloca los problemas a superar, se convierten en necesarios para la adquisición de su rol en la sociedad adulta, llevándole a tener éxito en la vida, en la asunción de su identidad y de su personalidad.

Esto hace que logre su independencia frente a sus padres sin crear grietas generacionales, pero instalando su toque particular, haciendo que el paso de niño a adulto no sea tan doloroso o complicado, preparándole para la formación profesional y familiar.

CAPITULO IV

ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS

En este capítulo vamos a mostrar los resultados encontrados en nuestra investigación y estudio sobre las pérdidas de personas significativas en edades tempranas de adolescentes, y si esto puede ser un factor de riesgo para la depresión.

El universo de nuestra investigación son dos colegios de la ciudad de Cuenca: Colegio Fiscal Mixto “Central La Inmaculada” y la Unidad Educativa “Corazón de María” de las Madres Oblatas.

La muestra ha sido la totalidad de alumnos de los dos colegios de la ciudad. El colegio “Central La Inmaculada” es mixto con 417 alumnos distribuidos en 15 paralelos y el colegio “Corazón de María” es femenino con 602 alumnas distribuidas en 16 paralelos, las edades están comprendidas entre 11 a 20 años. En los dos colegios las autoridades estuvieron interesadas por este estudio por lo que nos brindaron la acogida y colaboración necesaria para la realización de esta investigación.

Para llegar a los resultados obtenidos hemos iniciado con la realización de la parte teórica y la revisión bibliográfica necesaria y adecuada para la comparación de los resultados obtenidos. Se empleó el procedimiento analítico, y los análisis estadísticos descriptivos bajo el programa de Excel con la elaboración de cuadros y funciones contables.

Dentro de nuestra investigación hemos tomado en cuenta solo a adolescentes que hayan obtenido resultados depresivos moderados y severos, y que hayan tenido pérdidas significativas, la edad de la pérdida y quienes llegaron a ser personas significativas en comparación con quienes no han tenido pérdidas significativas. Además la edad en la que más se desencadena depresión en los adolescentes.

4.1 Test de depresión y cuestionario sociofamiliar.

4.1.1 Test de depresión de Beck

Se ha utilizado el cuestionario de depresión de Beck (BHS, Beck, Weissman, Lester and Trexler, 1974) que permite la evaluación de las actitudes negativas hacia el futuro (pesimismo) tal como lo perciben los adultos y adolescentes.

Beck y sus colaboradores elaboraron veinte proposiciones y las administraron a una muestra al azar en pacientes adultos y adolescentes depresivos y no depresivos, a esta primera escala la denominaron Escala de Expectativas Generales (GES; Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973). La GES se utilizó para medir desesperanza en los suicidas y pacientes que describían ideación suicida. En 1974, se modificaron algunas palabras en ciertas proposiciones y se presentó en forma definitiva la, actual, versión de la Escala de Desesperanza BHS construida por A. Beck, A. Weisman, D. Lester y L. Trexler en 1974. Luego esta escala fue revisada y demostrando una gran confiabilidad por Greene (1981) y Johnson & Mc Cutcheon (1981).

El objetivo de esta escala es la evaluación del constructo de la desesperanza dentro de un sistema de esquemas cognitivos errados, cuyo denominador común es la expectativa negativa resumida en un futuro a mediano y largo plazo. Los sujetos desesperanzados creen que: nada saldrá bien para ellos, ellos nunca serán exitoso en lo que intentan hacer, que sus metas importantes nunca las podrán obtener; y que sus peores problemas nunca se resolverán. Este constructo de desesperanza corresponde a la triada negativa en el modelo cognitivo de depresión de Beck (1967); que consiste en: primero, una visión negativa del de sí mismo; segundo, una visión negativa del funcionamiento presente; y tercero, una visión negativa del futuro.

Hemos escogido esta escala porque tiene: un gran respaldo de revisión bibliográfica realizada por Stotland (1969) del consenso entre clínicos sobre la desesperanza y la posibilidad de construir un instrumento que calcule sistemáticamente las actitudes negativas referidas a sí mismo y al futuro; se tomó nueve ítems de un test que evalúa actitudes hacia el futuro (Heimberg, 1961) que era inédito y fue motivo de una tesis doctoral en la Universidad de Vanderbilt; la elaboración del resto de ítems por Beck

y sus colaboradores para abarcar un amplio espectro de proposiciones negativas acerca del futuro y que tenían pensamientos de desesperanza obteniendo un alto grado de confiabilidad y validez.

La validez y la confianza se demuestran porque ha sido utilizado y demostrado por varios campos de la psicología y la psiquiatría; como psicólogos de muchas áreas y estudiantes universitarios con pacientes psiquiátricos y normales en general. Donde los niveles de desesperanza prevalentes en una muestra general de adultos y adolescentes mostraron que no había un aumento lineal por nivel socioeconómico, pero sí correlación en sexo y la edad.

La validez predictiva de esta escala para identificar eventuales problemas de depresión y suicidio, tal como lo estudiaran Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985), en una investigación longitudinal de 10 años de duración con 165 pacientes hospitalizados con problemas depresivos e ideas suicidas, la BHS mostró ser un gran predecesor de la depresión e intentos de suicidio y en otro estudio realizado a 1.969 personas por Beck que concurrían al Centro de Terapia Cognitiva se obtuvieron idénticos resultados.

La prueba de Beck tiene diferentes tipos de estructuras factoriales en las muestras estudiadas se encontró que los cinco componentes más discriminantes han sido: la vida en diez años, las realizaciones, el éxito, el no ser capaz de conseguir lo que se desea y el poder anticipar los buenos tiempos. Anexo 1.

4.1.2 Cuestionario sociofamiliar estructurado.

Se ha elaborado un cuestionario socio familiar estructurado para cubrir las necesidades de investigar la edad de pérdida y persona que consideraron significativa, edad y curso actual del adolescente. Anexo 2.

4.2 Análisis Estadísticos.

4.2.1 Análisis del Colegio Fiscal Mixto “Central La Inmaculada”.

El colegio tiene 417 alumnos, en el momento de aplicación estuvieron presentes un 92% que son 382 alumnos en tres días de aplicación del test de Beck y el cuestionario socio familiar, y hubo una ausencia del 8% que son 35 alumnos.

Cuadro N°1 Cuadro comparativo de alumnos con pérdidas significativas y niveles de depresión del total de alumnos presentes.

Niveles de depresión	Género	Tuvieron pérdidas significativas antes de los 7 años de edad		No tuvieron pérdidas significativas	
		# de alumnos	Porcentaje	# de alumnos	Porcentaje
Ausencia	Masculino	20	5,23%	27	7,07%
	Femenino	22	5,76%	32	8,38%
Normal	Masculino	13	3,40%	28	7,33%
	Femenino	25	6,54%	46	12,04%
Leve	Masculino	9	2,36%	17	4,45%
	Femenino	49	12,84%	41	10,73%
Moderado	Masculino	2	0,52%	3	0,79%
	Femenino	16	4,19%	14	3,66%
Severo	Masculino	0	0,00%	0	0,00%
	Femenino	12	3,14%	6	1,57%
Totales Parciales	Masculino	44	11,51%	75	19,64%
	Femenino	124	32,47%	139	36,38%
Totales =		168	43,98%	214	56,02%

Podemos observar que los grados depresivos de moderado y severo que obtuvimos al aplicar el cuestionario de Beck, hacemos la siguiente correlación de las mujeres que han tenido pérdidas significativas antes de los siete años son más propensas a presentar cuadros depresivos frente a las que no han tenido ninguna pérdida significativa antes de los siete años; no siendo así en los varones ya que hayan o no tenido pérdidas significativas no llegan a presentar un nivel severo de depresión y apenas un 0,52% de nivel moderado. Corrobora la tesis de “Niveles de depresión en los adolescentes de la ciudad de Cuenca” (Martha Cobos, 2008) que el género femenino es más propenso a presentar cuadros depresivos que los varones en la

adolescencia. Podemos anotar que las pérdidas significativas se convierten en un factor de riesgo para adquirir niveles altos de depresión en los adolescentes en este colegio, agregamos que los vuelve más vulnerables y con poca capacidad de resiliencia aseverando la hipótesis planteada en nuestra tesis a investigar.

El siguiente cuadro resume las estadísticas del Colegio La Inmaculada, recordando que los porcentajes presentados están en relación con la cantidad de alumnos que solamente han tenido pérdidas que han considerado significativas y están en niveles moderado y severo de depresión según el test de depresión de Beck aplicado:

Cuadro N°2. Estadísticas de los niveles moderado y severo de depresión, la edad de pérdida y persona significativa del Colegio Central La Inmaculada

		Nivel de depresión	% de depresión	Edad	N° Alumnos	Porcentaje	Edad de pérdida	% edad de pérdida	Persona significativa	% persona significativa	
Género	Femenino	Moderado	12,90%	11	1	5,5%	0 – 3	61,11%	Abuela	22,29%	
				12	3	17%			Abuelo	11,33%	
				13	3	16,5%			Bisabuelo	5,5%	
				14	2	11%			Hermana	5,5%	
				16	1	5,33%			Hermano	5,5%	
				17	1	6%			Padre	5,5%	
									Tía	5,5%	
					3 – 5	22,22%	Abuela	5,57%			
							Bisabuelo	5,5%			
							Prima	5,5%			
							Tatarabuelo	5,5%			
					13	1	5,5%	5 – 7	5,56%	Abuela	5,57%
			Severo	9,68%	12	1	8,5%	0 – 3	75,00%	Abuela	17%
		13			6	50,57%	Abuelo			17%	
		15			1	8%	Bisabuela			17%	
	16	1			8%	Bisabuelo	8%				
						Padre	16,67%				
						3 – 5	25%			Hermano	8%
										Padre	8,33%
					Tío					8%	
						5 – 7	0%				
	Masculino	Moderado	4,55%	16	1	5,33%	3 – 5	5,56%	Abuelo	5,67%	
16				1	5,33%	5 – 7	5,56%	Abuela	5,57%		
		Severo	0%								

Vemos que en el período de 0 a 3 años de edad de las niñas es donde más se desarrolla el apego a personas que se convierten en significativas y son las que tienden a crear el afecto de manera más rápida que los varones.

En cambio, los varones se nota que las pérdidas de personas significativas están en igual proporción en los periodos de 3 a 5 años y de 5 a 7 años, no siendo así de 0 a 3, podemos deducir que las mujeres, una característica propia de su género, son más emocionales que los varones viéndose que se desarrolla desde edades mucho más tempranas.

Los estudios de Bowlby en los años ochenta y de Mary Ainsworth en los setenta las personas significativas eran las madres y padres (modelo socioeconómico de la época); en nuestro estudio vemos que ahora pasaron a ser las abuelas y abuelos, ellos son las personas que se convierten en significativas con un porcentaje bastante alto, estos familiares son significativos tanto para niñas como para niños; sin embargo las bisabuelas y padres no dejan de ser menos importantes para las niñas, especialmente, en las edades de 0 a 5 años. Es sabido que es la modificación del modo de vida actual es el que ha logrado este cambio de personas significativas, ya que los roles de la madre no es estar en casa, sino ahora están abarcando áreas laborales y ocupacionales que antes no lo hacían.

Nos apegamos al concepto de Minuchin a lo que él llama familias extendidas, que son las familias donde hay la presencia de otro miembro familiar aparte de los miembros de una familia nuclear.

4.2.2 Análisis de la Unidad Educativa “Corazón de María” de las Madres Oblatas.

El colegio tiene 602 alumnas, en el momento de la aplicación estuvieron presentes 574 alumnas que son un 95% y un 5% que son 28 alumnas ausentes en tres días de aplicación del test de Beck y el cuestionario socio familiar.

Cuadro N°3 Cuadro comparativo de alumnos con pérdidas significativas y niveles de depresión

Niveles de depresión	Tuvieron pérdidas significativas antes de los 7 años de edad		No tuvieron pérdidas significativas	
	# de alumnos	Porcentaje	# de alumnos	Porcentaje
Ausencia	46	8,01%	97	16,90%
Normal	54	9,41%	113	19,69%
Leve	77	13,41%	93	16,20%
Moderado	41	7,14%	25	4,36%
Severo	16	2,79%	12	2,09%
Totales =	234	40,76%	340	59,24%

Podemos concluir que nuestra hipótesis a investigar es verdadera porque los niveles de moderado y severo de la depresión son más altos en las alumnas que han tenido pérdidas significativas antes de los 7 años de edad, permitiéndonos afirmar que las pérdidas significativas en edades tempranas es un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de que las adolescentes caigan en cuadros depresivos de mayor preocupación, quitándoles la capacidad de resiliencia y volviéndoles más vulnerables al afrontamiento de problemas propios de la edad.

En base de nuestro estudio pasamos a analizar los niveles moderado y severo solo en las alumnas que han tenido pérdidas significativas antes de los siete años, tenemos:

Cuadro N°4 Estadísticas de los niveles moderado y severo de depresión, la edad de pérdida y persona significativa del Colegio Corazón de María

		Nivel de depresión	% de depresión	Edad	N° Alumnos	Porcentaje	Edad de pérdida	% edad de pérdida	Persona significativa	% persona significativa	
Género	Femenino	Moderado	17%	11	1	2,43%	0 - 3	66%	Abuela	7,5%	
				12	3	7,32%			Abuelo	22,15%	
				13	4	9,76%			Bisabuelo	2%	
				14	5	12,2%			Madre	15%	
				15	7	17,09%			Padre	12,5%	
				16	6	14,67%			Prima	2%	
				17	1	2,43%			Tío	4,67%	
		12	1	2,43%	3 - 5	24%	Abuela	2,5%			
		13	3	7,32%			Abuelo	7,38%			
		15	3	7,32%			Bisabuela	5%			
		16	2	4,87%			Madre	5%			
		17	1	2,43%			Padre	2,5%			
		12	2	4,87%	5 - 7	10%	Tía	2%			
		14	1	2,43%			Abuelo	2,46%			
	15	1	2,43%	Primo			5%				
	Severo	7%	0 - 3	69,00%	11	1	6,25%	0 - 3	69,00%	Tío	2,34%
					12	2	12,5%			Abuela	12,97%
					13	2	12,5%			Abuelo	24,9%
					15	1	6,25%			Madre	18%
					16	2	12,5%			Padre	13%
			17	3	18,75%	3 - 5	31%	Abuela	6,65%		
13			1	6,25%	Abuelo			6,5%			
15			1	6,25%	Hermano			6%			
16			2	12,5%	Madre			6%			
20			1	6,25%	Tía			6%			
			5 - 7	0%							

Vemos que el nivel depresivo moderado es alto y en este nivel las edades donde se manifiesta con mayor frecuencia son 14, 15 y 16 años, esto reafirma la edad y el curso de las alumnas con estos niveles depresivos con la tesis de “Niveles de depresión en los adolescentes de la ciudad de Cuenca” (Martha Cobos, 2008), ya que la frecuencia del resto de edades es bastante baja. El nivel depresivo severo en adolescentes que han tenido pérdidas significativas es el doble de las adolescentes que no han tenido pérdidas significativas. Se vuelve a confirmar que es el periodo de 0 a 3 años de edad donde se desarrolla el apego a personas significativas, volviendo a repetirse que son los abuelos y abuelas las personas con mayor porcentaje, es decir, con mayor capacidad de convertirse en personas significativas. Pero podemos ver

que en el nivel depresivo severo las pérdidas de la madre y el padre tiene un alto porcentaje, anotamos que la forma de pérdidas que tenemos en este colegio con respecto a los padres es migración y divorcios.

Consideramos que las edades de 0 a 3 años son muy importantes en la vida de todas las personas porque es ahí donde se da el mayor desarrollo de apego a personas que se transforman en significativas y la pérdida de las mismas vuelve vulnerables a los adolescentes para el desarrollo de algún nivel depresivo.

Conclusiones Finales y Recomendaciones.

Podemos concluir que nuestra hipótesis a investigar es real, queremos decir con esto que las pérdidas significativas en edades tempranas se convierten en un factor de riesgo predisponente para la adquisición de rasgos o trastornos depresivos en la adolescencia.

En los resultados obtenidos en el colegio mixto Central “La Inmaculada” podemos apreciar que la edad donde más se desarrolla el apego y las diferentes personas se convierten en significativas es de 0 a 3 años de edad con un porcentaje del 61,11%, desarrollando un nivel depresivo moderado y con un 75% en un nivel depresivo de severo, estos dos porcentajes corresponden al género femenino; mientras que en el género masculino la edad en la cual se desarrolla el apego es de 5 a 7 años.

Los resultados obtenidos en el colegio femenino “Corazón de María” podemos, nuevamente, apreciar que la edad donde más se desarrolla el apego es de 0 a 3 años con un porcentaje del 66%, desarrollando un nivel depresivo moderado y con un 69% en un nivel depresivo de severo.

En los dos colegios podemos apreciar que las personas que llegaron a ser concebidas como, mayormente, significativas son los abuelos y abuelas; corroboramos la edad promedio en la cual se presenta síntomas o rasgos depresivos en adolescentes colegiales de la ciudad de Cuenca desde la tesis de la Master Martha Cobos (2008) que es de 12 a 13 años en el género femenino y de 16 a 17 años en el género masculino. Podemos, también, dar énfasis a la teoría del apego y la creación del

vínculo en la cual se convierte una persona en significativa, no por el hecho de pasar al cuidado del niño sino de responder a las necesidades del mismo.

Consideramos que el 17,78% (total de los dos colegios, niveles moderado y severo de depresión) es un porcentaje para poder realizar las siguientes recomendaciones: se debiera trabajar de manera preferencial con los adolescentes que han obtenido niveles altos de depresión, tener un proceso de psicoeducación de manera preventiva sobre la importancia de las personas que pueden convertirse en significativas, y la posibilidad de que no haya una pérdida de cualquier forma para que el niño alcance una capacidad de resiliencia bastante alta ante los conflictos que debe ir superando, así podrá alcanzar su identidad y personalidad plena e introducirse con menores dificultades a la adultez y cumplir sus roles de manera positiva.

BIBLIOGRAFIA.

- AINSWORTH, M., BOWLBY, J. (1991). An ethological approach to personality development. Editorial American Psychologist. Páginas 333- 341.
- ALDO, Conti Norberto (2007). Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX. Editorial Polemos. Buenos Aires.
- Balarezo Lucio (2010). Módulo de “Bases Teóricas del Modelo Integrativo”. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador.
- BECK Aaron T, Cognitive Therapy and the emotional disorders. Editorial Meridian. United States of America 1979. 356 páginas.
- BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur y Colaboradores, Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad, primera edición, Editorial Paidós, Barcelona – España, 1995.
- BLEICHMAR, N. LEIBERMAN, C. El Psicoanálisis después de Freud. Editorial Paidós. México 1997.
- BOWLBY John, El apego (el apego y la pérdida I). Editorial Paidós, Barcelona – España 1998. Primera Edición. 524 páginas.
- BOWLBY, J. (1980). Attachment and Loss: Loss, sadness and depression. Volumen 3 (1998 ed.). Londres: Pimlico.
- CHINCHILLA, Alfonso. La Depresión y sus Máscaras. Editorial Médica Panamericana. España 2008. 320 páginas.
- CLONIGER, C. Susan. Teorías de la Personalidad, tercera edición. Editorial Pearson Prentice Hall. México 2003. 568 páginas.
- COBOS, Martha. “Niveles de Depresión en los Adolescentes de la ciudad de Cuenca”, Maestría en Psicoterapia Integrativa, Universidad del Azuay, Cuenca, 2008, 137 páginas. Tesis dirigida por la Dra. Silvia Mancheno.
- CRAIG J. Grace. Desarrollo Psicológico, octava edición. Editorial Pearson Prentice Hall. México 2001. 696 páginas.
- DICCIONARIO DE PEDAGOGIA Y PSICOLOGIA. Editorial Brosnac. Madrid – España. 376 páginas.
- DIO BLEICHMAR, E. La Obra de John Bowlby como Paradigma Psicoanalítico. In la Teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Editorial Psimática. Madrid 2001.

- ENCICLOPEDIA AUTODIDACTA OCEANO COLOR. 8 Tomos. Grupo Editorial OCEANO. Barcelona, 1995. “Teoría familiar”. Tomo 3. Páginas 745 – 759.
- ERIKSON Erick. Sociedad y adolescencia. Décimo novena edición. Editorial Siglo XXI. México 1972. 60 páginas.
- FERNANDEZ, Moya Jorge. En busca de resultados: una introducción a las terapias sistémicas. Segunda edición. Editorial de la Universidad de Aconcagua. Mendoza 2006. 591 páginas.
- FOUCALT, Michel (1967). Historia de la Locura en la Época Clásica. Tomos I y II
- FREUD, S. (1905). Tres ensayos sobre la teoría sexual. In obras Completas, Volumen VII (pp109-224). Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- FREUD, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. In Obras Completas, volumen XIV. (pp 105 – 134). Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- FREUD, S. (1926). Inhibición, Síntoma y Angustia. In Obras Completas, volumen XX. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- FREUD, S. (1930). El Malestar en la Cultura. In Obras Completas, Vol. XXI (pp. 57-140). Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- GELLES J. Richard y LEVINE Ann. Sociología con aplicaciones en países habla hispana, sexta edición. Editorial McGraw Hill. México 1995. 769 páginas.
- IBARRA, Mustelier Lourdes. “Adolescente en crisis vs crisis de la adolescencia”. Revista Cubana de Psicología. Cuba, año 1999, volumen 16, número 2.
- JACKSON, Stanley W. (1989). Historia de la Melancolía y la Depresión desde los tiempos de Hipócrates a la Época Moderna. Ediciones Turner. Madrid.
- Juri,L. (2001). Juanito ¿Edipo o Apego? In la Teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Madrid – España. Editorial Psimática.
- KAPLAN, H., SADOCK, B. (2000) Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. Octava edición.

- KLEIN, M. (1929). *Infantile anxiety - situations reflected in a work of art and the creative impulse*. In *Love Guilt and Reparation and other works 1921-1945* (1998 ed., pp. 210-218). Londres: Vintage.
- MARRONE, M. *La Teoría del Apego. Un Enfoque actual*. Editorial Psimática. Madrid 2001.
- MINUCHIN, Salvador. *Técnicas de terapia Familiar*. Editorial Paidós. Argentina 2002.
- PAPALIA, E. Diane, FELDMAN, D. Ruth y OLDS, W. Sally. *Desarrollo humano*, novena edición. Editorial McGraw – Hill. México 2005. 785 páginas.
- RIVERA, J. L. y otros. *Manual de Psiquiatría: Trastornos Afectivos*. Editorial Karpos. España 1980.
- ROJAS, María Graciela. *Depresión y Género*. Revista Médica de Chile. Sociedad Médica de Chile. Chile, año 2010, volumen 126, número 10 – 12.
- SANCHEZ, J. L. *Psicología Médica*. Editorial McGraw Hill. España 1996.
- TORO, J. Ricardo y YEPES, E. Yepes. *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*, cuarta edición. Fondo Editorial CIB. Medellín – Colombia 2004. 463 páginas.
- VALLEJO, Ruiloba J. *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Editorial Elsevier. España 2000. 915 páginas.

Bibliografía Electrónica.

- GARCIA, P. Ángel. “Depresión en la Adolescencia”. http://www.intisana.com/index.php?option=com_content&task=view&id=166&itemid=169 – la familia: Familias Coordinadoras. 15 de noviembre de 2003.
- GUERRERO, Jesús. “¿Qué es el desarrollo personal?”. – www.psicologiaonline.com:line.com<http://www.jesus-guerrero.com/2007/10/que-es-el-desarrollo-personal.html> - Negocios y Superación Personal. Jueves, Octubre 11, 2007

ANEXOS.

Anexo 1: Cuestionario de depresión de Beck

Nombre: _____ Edad: _____

Describe como se ha sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer una elección y marque una respuesta.

A	<p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar</p>	L	<p>0 No he perdido el interés en otra gente.</p> <p>1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes.</p> <p>2 He perdido mi interés en otra gente.</p> <p>3 He perdido todo mi interés en otra gente.</p>
B	<p>0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro.</p> <p>1 Estoy desilusionado(a) del futuro.</p> <p>2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.</p> <p>3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.</p>	M	<p>0 Tomo decisiones igual que siempre.</p> <p>1 Evito tomar más decisiones que antes.</p> <p>2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.</p> <p>3 No puedo tomar decisiones por completo.</p>
C	<p>0 No siento que fallé.</p> <p>1 Siento que fallo más que una persona normal.</p> <p>2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.</p> <p>3 Siento que soy una falla completa como persona.</p>	N	<p>0 No siento que me vea peor que antes.</p> <p>1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a).</p> <p>2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a).</p> <p>3 Creo que me veo feo(a).</p>
D	<p>0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.</p> <p>1 No disfruto de las cosas como antes.</p> <p>2 No encuentro satisfacción real de nada.</p> <p>3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.</p>	O	<p>0 Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.</p> <p>2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.</p> <p>3 No puedo hacer nada.</p>
E	<p>0 No me siento culpable.</p> <p>1 Me siento culpable buena parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	P	<p>0 Puedo dormir tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>2 Me despierto horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.</p> <p>3 Me despierto más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.</p>
F	<p>0 No siento que he sido castigado(a).</p> <p>1 Siento que podría ser castigado(a).</p> <p>2 Espero ser castigado(a).</p> <p>3 Siento que he sido castigado(a).</p>	Q	<p>0 No me canso más de lo usual.</p> <p>1 Me canso más fácil que antes.</p> <p>2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.</p> <p>3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa.</p>

G	<p>0 No me siento desilusionado(a) de mí.</p> <p>1 Estoy desilusionado(a) de mí.</p> <p>2 Estoy disgustado(a) conmigo.</p> <p>3 Me odio.</p>	R	<p>0 Mi apetito es igual que lo usual.</p> <p>1 Mi apetito no es tan bueno como antes.</p> <p>2 Mi apetito no es mucho peor ahora.</p> <p>3 No tengo nada de apetito.</p>
H	<p>0 No me siento peor que nadie.</p> <p>1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.</p> <p>2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.</p> <p>3 Me culpo por todo lo mal que sucede.</p>	S	<p>0 No he perdido peso.</p> <p>1 He perdido más de 2,5 kg.</p> <p>2 He perdido más de 5 kg.</p> <p>3 He perdido más de 7,5 kg.</p> <p>He intentado perder peso comiendo menos SI o NO</p>
I	<p>0 No tengo pensamientos de suicidarme.</p> <p>1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría.</p> <p>2 Me gustaría matarme.</p> <p>3 Me mataría si pudiera.</p>	T	<p>0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes.</p> <p>1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias.</p> <p>2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.</p> <p>3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.</p>
J	<p>0 No lloro más de lo usual.</p> <p>1 Lloro más que antes.</p> <p>2 Lloro ahora todo el tiempo.</p> <p>3 No puedo dejar de llorar.</p>	U	<p>0 No he notado cambios en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
K	<p>0 No soy más irritable de lo que era antes.</p> <p>1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes.</p> <p>2 Me siento irritado(a) todo el tiempo.</p> <p>3 Me irrito ahora por las cosas que antes no me irritaba.</p>		

Anexo 2: Cuestionario sociofamiliar estructurado

CUESTIONARIO SOCIOFAMILIAR

Nombres: _____

Apellidos: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Colegio: _____ **Curso:** _____

Dirección Domicilio: _____

Vives con:

Padre Madre Tíos Abuelos Hermanos

Padrastro Madrastra Hermanastros Medio Hermanos

Otros. _____

Padre o Padrastro:

Edad: _____ Profesión y/o Ocupación _____

Madre o Madrastra:

Edad: _____ Profesión y/o Ocupación _____

Hermanos: (indicando tu posición)

	Nombre	Edad	Ocupación
1			
2			
3			
4			
5			

Responda con una X:

1. Has perdido un familiar significativo en tu infancia:

SI No

Padre ___ Madre ___ Hermano ___ Hermana ___

Abuela ___ Abuelo ___

Otro. _____

Desde el nacimiento hasta los 3 años

De 3 a 5 años

De 5 a 7 años

2.- Por:

Migración:

Accidentes Cuál? _____

Enfermedad Cuál? _____

Divorcio

Abandono

Asesinato

Extravío

Encarcelamiento

Suicidio

Otro: _____

GRACIAS