

CONTEXTO FAMILIAR Y DEPRESION EN ADOLESCENTES

Proyecto de Investigación realizado por: Yudy Andrea Londoño Ospina

Tutora: Gloria Stella Jaramillo

**Universidad Católica Popular del Risaralda
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
Año 2009**

DEDICATORIA

*“Todos los cambios, hasta los más deseados, viene con su melancolía,
pues lo que dejamos atrás es parte de nosotros mismos.
Debemos morir a una vida antes de poder entrar en otra”.*
Anatole France.

Este deseo de ser profesional de la psicología nació, en mi época adolescente cuando regrese de vivir por un tiempo con mi madre, cuando me di cuenta que Dios había puesto en mi camino un ángel inseparable, ser incondicional que me acompañaría sin reparo alguno y solo esperando a cambio mi responsabilidad entrega y amor incondicional. Hombre maravilloso llamado PAPA. A mi padre José Edelberto Londoño quiero dedicar cada uno de mis triunfos, GRACIAS papá por estar a mi lado, haberme acompañado y apoyado en cada una de mis decisiones, por haber hecho de mi la mujer que ahora soy, por haberme dejado volar y soñar; te amo y te amaré eternamente papá.

A mi hermanita, por haber sido motivo de inspiración para muchas decisiones y muchos pensamientos, además de haber sido fuente de inspiración en la escogencia de esta carrera. Porque tú fuiste y seguirás siendo un muy buen impulso para descubrir más allá de lo descubierto.

YUDY ANDREA LONDOÑO.

AGRADECIMIENTOS

No puedo pasar por alto el agradecimiento a mis padres, papá y mamá por su apoyo económico al iniciar y culminar mi carrera, a mi hermanita por ser motivo de inspiración. A “la tía” por haber recibido en casa a mis amigos cada noche de trabajo, por estar con papá en los momentos que para él fueron difíciles por culpa mía, y lo más importante por hacerme parte de tu vida y amarme como tu hija.

Al Colegio Nuestra Señora de Guadalupe, por haberme permitido la realización de esta investigación, sin reparo alguno, al rector Hugo Fernández Barreto por su disposición y acompañamiento en este proceso investigativo.

A Gloria Stella Jaramillo, excelente psicóloga que me fue asignada como asesora de este proyecto, por su dedicación y esfuerzo para conmigo, por transmitirme sus conocimientos y ser fuente de apoyo frente a cualquier dificultad.

Debo agradecer también a Dios por haber puesto personas tan especiales durante mi camino en este proceso, mis amigas, amigos y familia; además de haberme dado la fuerza y la confianza para la culminación de esta etapa pese a las adversidades. Finalmente pero no con menos importancia que los anteriores debo agradecer a mi abuela, por enseñarme los valores de la vida, el verdadero don de la sabiduría y la importancia del amor, este último presente en mi vida desde hace solo un par de meses y a quien agradezco el acompañamiento en los días últimos de construcción de esta investigación.

YUDY ANDREA LONDOÑO.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 3

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento de la pregunta 6

2. JUTIFICACIÓN 9

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General 14

3.2 Objetivos Específicos 14

4. ANTECEDENTES 15

5. MARCO TEORICO

5.1 Adolescencia 41

5.2 Familia 52

5.3 Depresión en adolescentes 68

5.3.1 Teorías explicativas 85

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de Investigación 90

6.2 Diseño 91

6.3 Población 91

6.3.1 Caracterización de la población 92

6.4 Tipo de Muestra 95

6.5 Estrategias de recolección de información 96

6.5.1 Instrumentos	96
6.6 Procedimiento	97
6.7 Análisis de la información	98
6.8 Recursos	99
6.9 Cronograma de actividades	99
7. PRESENTACION DE RESULTADOS	100
7.1 Análisis y discusión de resultados	128
8. ANALISIS ESTADISTICO	139
9. CONCLUSIONES	151
10. RECOMENDACIONES	155
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	157
12. APENDICES	163
12.1 Consideraciones éticas	163
12.2 Entrevista familiar	165
12.3 Inventario de depresión de Beck	167
12.4 Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y ATQ-P	173
12.5 Consentimiento informado	175

TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Resultados cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y ATQ-P 100

Tabla 2. Resultados inventario de depresión de Beck 104

Tabla 3. Estructura familiar 105

Tabla 4. Comunicación familiar 107

Tabla 5. Normatividad 110

Tabla 6. Correlación Inventario de Depresión de Beck y características familiares 126

Tabla 7. Correlación cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y ATQ-P y características familiares. 127

FIGURAS

Figura 1. Tipología familiar 56

Figura 2. Estructura familiar 106

Figura 3. Comunicación familiar 107

Figura 4. Normatividad 110

CONTEXTO FAMILIAR Y DEPRESION EN ADOLESCENTES

RESUMEN

La familia es la célula y unidad fundamental de la sociedad que forma un pueblo; si esta célula se destruye, se corre el riesgo a su vez de ver destruido un país y un legado cultural y social muy caro. El presente estudio se llevo a cabo con una muestra de 13 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad, del colegio Nuestra señora de Guadalupe en Dosquebradas, estos adolescentes fueron seleccionados de acuerdo a criterios clínicos de los psicólogos de la institución y teniendo en cuenta el criterio de comportamientos propios de la depresión observados por los docentes de la misma institución. Estos adolescentes participaron en la investigación voluntariamente y bajo ninguna presión o recompensa escolar, resolvieron el inventario de depresión de Beck y el cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y ATQ-P.

Al mismo tiempo sus familias participaron de esta investigación resolviendo una entrevista semi estructurada diseñada por la investigadora de este estudio, y permitiendo identificar a modo de conclusión que evidentemente si existe una estrecha relación entre la desestructuración familiar y el mantenimiento y la adquisición de depresión en adolescentes. De igual manera este trabajo permite reconocer una vez más que una de las patologías mas frecuentes a raíz de la desestructuración familiar es la depresión y que este se convierte a su vez en un problema de orden social al referir que son los niños y los adolescentes el futuro de un país.

Abstract

Family is the fundamental unit of society, and if destroyed, we run the risk of seeing a country also destroyed as well as a very dear cultural and social legacy. The present study you carries out with a sample of 13 adolescents between the 12 and 18 years of age from Nuestra Señora of Guadalupe, our school in Dosquebradas, these adolescents were selected according to the psychologists critery from the clinical institution approaches and keeping in mind the approach of behaviors characteristic of the depression observed by the educational from the same institution. These adolescents participated voluntarily in the investigation and without pressure, or any school recompense, they solved the Beck's depression inventory and ATQ and ATQ-P's questionnaire of automatic thoughts.

At the same time their families participated of this investigation, solving and structured interview semi designed by the investigator of this study, and identify, by the way of conclusion, that evidently if a narrow relationship exists between from the less or null family building and the maintenance and the depression acquisition in adolescents. In the same way, this work allows to recognize one more time that pathologies, but you frequent soon after without the family structure is the depression and he or she becomes a problem in the social order when referring that children and the adolescents will be the future of a country.

INTRODUCCIÓN

“Los padres son a veces el común denominador de los comportamientos en adolescentes, los Hijos expresan las carencias que han tenido de parte de sus padres, carencias representadas en cariño, comprensión u educación, aunque mas que cualquiera de esos tres factores; el principal problema radica en el irrespeto de padres hacia Hijos. Y probablemente ese irrespeto conlleve en su gran medida a la violencia intrafamiliar que muchas veces no sólo termine en comportamientos depresivos, si no también neuróticos y sicóticos”

(Paola; 17 años de edad).

Desde siempre la familia ha sido considerada no sólo como el primer nivel de socialización del ser humano sino también como un elemento esencial en su desarrollo; allí se realizan los primeros aprendizajes, se reconocen estilos de funcionamiento, formas de pensar, de sentir y de vivir; la familia tiene también una función contenedora en momentos y sujetos en los cuales no se tiene claridad sobre el mejor proceder. Si se tiene en cuenta que los adolescentes se caracterizan precisamente por un alto nivel de confusión y un replanteamiento en los valores, la familia retoma entonces un papel protagónico puesto que la posición que ella asuma durante esta época es considerada como una variable determinante para la forma como el adolescente vivencie las diferentes situaciones a las cuales se ve enfrentado.

Las diversas situaciones por las cuales atraviesa nuestro país han generado un replanteamiento de la familia como grupo social; tanto su estructura como sus funciones han sido modificadas con el fin de responder a las situaciones que presenta la modernidad; sin embargo esas modificaciones han causado también una serie de consecuencias que impactan a cada uno de sus miembros generando incluso patologías en ellos.

Es claro que el adolescente empieza a comportarse en consecuencia con los estímulos del medio ambiente, por ejemplo las presiones de grupo en cierta medida dirigen las acciones de un adolescente, es decir la conducta de muchos adolescentes esta mediada por pares y no por padres, generalmente porque la negatividad constante de los últimos conduce a la vivencia de mundos paralelos, el adolescente se vuelve camaleónico y muestra una cara a sus amigos y otra a sus padres y familiares.

Así pues la influencia de sus amigos y su comportamiento cuando está con ellos es en la mayoría de los casos acomodación para no desentonar, ni quedar mal frente a su círculo de amistades, y aunque el mundo se le aparece bruscamente él lo explora sin importar orden o inicio lógico (Castells y Silber. 2003).

Todas estas situaciones generan la interrogante sobre cual es la influencia que posee el sistema familiar en el desarrollo de síntomas de depresión en los adolescentes. Con el propósito de conocer más a fondo la problemática planteada se realiza la revisión de algunas investigaciones efectuadas tanto a nivel internacional como nacional; en las cuales se presentan una serie de estadísticas referentes al

fenómeno y algunos análisis que permiten determinar la relevancia que esta patología está obteniendo a nivel mundial.

Posteriormente se desarrolla un referente teórico en el cual se articula el tema de familia de acuerdo a los planteamientos realizados por autores como Musitu y Cava, Gimeno y Horrocks entre otros; así mismo se presenta una descripción de la etapa de adolescencia realizada desde la psicología del desarrollo, teniendo en cuenta algunos aspectos teóricos de autores como Craig, Castells y Silber, Rice y Erikson, mas adelante se desarrolla la teoría referente a la depresión en adolescentes abordando temáticas planteadas por Ramallo y Navia, Beck y Caballo entre otros. Estos aspectos teóricos son considerados insumo básico en el momento de plantear instrumentos para recolectar información y posteriormente para el análisis de resultados.

En cuanto al estilo metodológico este trabajo se encuentra enmarcado dentro de la investigación correlacional, con un diseño trasversal descriptivo debido a la no manipulación de variables y a la descripción de las ya existentes. De esta manera este trabajo tiene como objetivo principal indagar sobre la influencia del contexto familiar en la adquisición de síntomas de depresión en adolescentes. Para ello se eligieron adolescentes entre 12 y 18 años de edad, del colegio Nuestra Señora de Guadalupe, quienes de acuerdo a manifestaciones de los profesores evidencian conductas de depresión o presentan en su historia clínica antecedentes referidos a esta patología; la información se obtuvo por medio de la implementación del inventario de depresión

de Beck, el cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P y la realización de una entrevista semiestructurada a la familia.

En términos de conclusiones este trabajo permitió identificar la importancia que posee el papel de la familia en la depresión del adolescente, y al mismo tiempo identificar otra serie de factores también incidentes en la depresión. Los resultados dan cuenta de un sin número de situaciones al interior de la dinámica familiar que involucran alteraciones de convivencia desatando de algún modo comportamientos depresivos en algunos de sus miembros en este caso adolescentes.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento de la pregunta

“La riqueza de la experiencia humana es una combinación de sentimientos y emociones” (Beck, 1979).

Desde el enfoque Cognitivo Conductual, hablar de estados emocionales implica hablar de estructuras cognitivas, siendo estas las que permiten al sujeto un proceso de asimilación y acomodación de la información. Es de vital importancia tener en cuenta que de acuerdo a la forma como se almacena la información o más bien a la interpretación que el sujeto le otorgue se presentarán las diferentes

respuestas dentro de las cuales se encuentran incluidos aspectos emocionales (Lesli, Greenberg Y Paivio, 2000).

Según Beck (1979), la cognición establece un agente predominante en las diferentes relaciones e interacciones sociales de un sujeto; ya que la interpretación que el sujeto hace sobre un hecho da origen a las diferentes formas de relacionarse con su medio social. Dicho de otro modo se presenta la situación, el sujeto interpreta tal evento según sus ideas racionales o irracionales, dando origen a un estado emocional, de tal manera que es el individuo mismo quien aclara y asimila las diferentes situaciones, bien sea de manera adecuada o errada originando diversos estados emocionales.

Así el adolescente deprimido no discute la validez de sus pensamientos negativos y atraviesa la conocida cadena de los errores lógicos del pensamiento. Los adolescentes se convierten en viajeros recién llegados a un extraño país del cual saben poco, transitan una nueva experiencia, algunos con muchas y buenas herramientas, otros con ninguna; para la actualidad esas herramientas se hacen desafiantes al momento de usarlas y muchos de los viajes fracasan, dándose a la difícil tarea de aprender a caminar sin mapa.

Es cierto que todos los cambios, hasta los más deseados vienen con su melancolía, pues lo que se deja atrás es parte de si mismo, y en esta medida el adolescente debe “morir a una vida antes para entrar en otra”.

Ahora bien el equilibrio emocional es de suma importancia para cualquier ser humano, la intensidad, el rumbo, la calidad y hasta las consecuencias del comportamiento personal y social se ven afectadas por cualquier alteración de los sentimientos y emociones. Por lo tanto hay acontecimientos que afectan tanto en el momento en que se viven como en el transcurso de la vida; la depresión no distingue sexo, raza o nivel social y altera casi todas las áreas de la vida, lo emocional, lo intelectual, las relaciones interpersonales, lo sexual, lo afectivo. Dejando así diferentes efectos en dichas áreas como son: baja autoestima, culpa, enojo, aislamiento, conductas autodestructivas, fatiga crónica, manifestaciones psicósomáticas, diferentes problemas sexuales, tristeza, entre otras. Todo esto puede cambiar el rumbo que va tomando la vida del adolescente deprimido y cómo se va sintiendo, viendo a sí mismo y desenvolviendo en las distintas etapas de crecimiento hasta llegar a la edad adulta. El adolescente se puede sentir incomodo, inquieto, inseguro, incluso sumamente deprimido y sin saber a ciencia cierta a qué atribuírselo realmente (Castells y Silber. 2003).

La depresión puede describirse como un dolor afectivo que se impone ante la voluntad, y luego, se manifiesta de distintas maneras, no es simplemente una exacerbación del dolor, más bien podría decirse que cuando el dolor es demasiado grande puede convertirse en depresión. De ese modo, la depresión es una aflicción de gran magnitud no proporcional a las circunstancias.

El impacto y las consecuencias de la depresión adolescente impiden a menudo que se relacione con sus familiares y amigos produciéndose un aislamiento social y una disminución de actividades; así pues dado que con el desencadenamiento depresivo el adolescente vive un deterioro en sus relaciones familiares, se desea en este trabajo investigar ¿Qué influencia tiene el contexto familiar en la adquisición y mantenimiento de síntomas depresivos en 13 adolescentes con edades entre los 12 y los 18 años, del colegio nuestra señora de Guadalupe, en el municipio de Dosquebradas?

2. JUSTIFICACION

“Vivir en toda su intensidad lo que estoy sintiendo, pensando y haciendo, si pienso en ideas que me causan trastorno, estoy pensando en ellas; o un deseo inadecuado, lo estoy sintiendo, lo que es verdad, es verdad, no lo racionalizo, ni niego o intento destacarlo mediante explicaciones. Estoy sintiendo lo que estoy sintiendo y acepto la realidad de mi experiencia. Así pues, si me enfrento a un error soy libre de aprender de él y de hacer mejor las cosas en el futuro. Si me niego a aceptar que a menudo vivo, de manera consciente, de forma irresponsable, pasivamente, como voy a aprender a vivir de manera conciente, más responsable, y de manera más activa.”

(Gil y Col; 2002)

Entre la perfección de la niñez y la deseable madurez de la edad adulta se localiza la adolescencia, periodo fugitivo, sorprendente y crucial para el desarrollo del ser humano; por decirlo de algún modo, es la transformación entre la irresponsabilidad y la responsabilidad. Ante todo hay que señalar que ser adolescente es más que un placer único para disfrutar, es como la vida, un viaje que posee sus propias señales indicadoras y sus propios itinerarios y no está por demás anotar que la adolescencia es de esta expedición, la peor parte señalada y programada. Por que así como no existe un manual para enseñar a ser madre tampoco existe uno que te enseñe a ser adolescente (Castells y Silber; 2000).

Una cantidad de fenómenos sociales “atacan” el periodo adolescente, la drogadicción, la delincuencia, el sicariato, la prostitución, el vandalismo, la violencia familiar, entre otros; al enfrentarse a estos fenómenos el adolescente cree estar viviendo su adolescencia de manera plena y porque no a mil por hora, cuando se le pregunta al adolescente porque consume, frecuentemente sus respuestas incluyen a un tercero, (“por influencia de amigos, por compañeros del colegio, por quedar bien con el parche, porque esta de moda”). Al preguntar por la delincuencia se escuchan respuestas como –es la ley de la vida, porque dan papaya y porque toca. Cuando se indaga por el sicariato la respuesta sobresaliente es -no hay mas que hacer- y finalmente al cuestionar la prostitución, se reciben respuestas como -no había para mas-, -pagan bien-, -los mansitos solo lo buscan a uno para eso entonces que mas da cobrar-.

Al detallar cada respuesta, se encuentra como cada una de ellas incluye un agente externo y con cierto carácter culposo, dirían algunos es una realidad social y estos jóvenes no son más que el resultado de una sociedad corrupta sin oportunidades.

Frecuentemente cuando se cuestiona al adolescente también se juzga, entonces se lanzan juicios como el adolescente es rebelde, grosero y malcriado. Pero pocas veces se entra a cuestionar por qué es agresivo, por qué consume, se olvida que la mayoría de los comportamientos emitidos son el resultado de un modelamiento o moldeamiento social o familiar, si bien es cierto que existe una realidad social que afecta, también existe una realidad familiar y una dinámica de pares que es determinante para muchos aprendizajes.

Teniendo en cuenta que la familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos; esta unidad debe permitirles a los individuos desarrollar sus habilidades, enseñándoles a superar las limitaciones que existen.

Ahora bien, cabe mencionar que la depresión ha sido tomada como un factor asociado a los problemas de comportamiento típicos de la adolescencia, pero no como objeto de estudio en sí misma. Por ejemplo, los factores de riesgo asociados al abuso de sustancias se relacionan con inicio precoz de consumo, problemas escolares y de rendimiento en general, problemas familiares (falta de apoyo y guía parental), tipo de

interacción familiar y pautas de crianza, consumo de sustancias por parte de los padres, depresión y situación de estrés asociadas con el consumo, baja autoestima, influencia de los pares y personalidad (poco conformistas, rebeldes y gran sentido de independencia).

Los períodos de estado de ánimo deprimido son comunes en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos períodos conduzcan a síntomas depresivos más severos. La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a una edad más temprana, la asesoría puede ayudar a los adolescentes a hacer frente a los períodos de estado anímico bajo. La terapia conductual cognitiva, que enseña a las personas deprimidas a combatir los pensamientos negativos y a reconocerlos como síntomas y no como la verdad acerca de su mundo, es el tratamiento no farmacológico más efectivo para la depresión. Se debe garantizar que los psicólogos que se busquen estén capacitados en el uso de este método.

Finalmente, siendo la adolescencia una etapa catalogada como confusa e inestable y a la cual no se le brinda mayor orientación, basándose en los tabúes de etapa conflictiva que tarde o temprano desaparece; en esta investigación se quiere indagar por la correlación de las características familiares y la adquisición de síntomas de depresión, de tal manera se podría evidenciar que en su mayoría las alteraciones del comportamiento adolescente se dan, no por estar atravesando una

etapa más del desarrollo, sino por una serie de situaciones negativas que fueron vivenciadas en determinado momento; diferentes hechos o acontecimientos que sin lugar a dudas dan muestra de una serie de comportamientos con los que el adolescente no busca otra cosa diferente al equilibrio y la estabilidad de su madurez.

La ejecución de este trabajo pretende ser material importante para el profesional de la salud, particularmente al terapeuta, un material objetivo y sistematizado que pudiese facilitar la intervención terapéutica; y generar conciencia frente a la atención adolescente. El tema de investigación se plantea en función del siguiente interrogante: ¿Son mas frecuentes los trastornos depresivos en adolescentes provenientes de familias desestructuradas?

Los antecedentes presentados en este proyecto dan cuenta que la incidencia de patologías psiquiátricas entre ellas la depresión, es mayor en adolescentes provenientes de familias desestructuradas que en aquellos adolescentes que provienen de hogares constituidos. De igual manera, en términos estadísticos se menciona una alta prevalencia de depresión en este país, un estudio realizado con 25.135 sujetos colombianos, evidencia que el 25.1% sufren depresión, se reconoce que los índices más altos de depresión están entre los 16 y 24 años de edad (www.humanas.unal.edu.co Recuperado 28 de septiembre 2008).

En esta medida este proyecto de investigación posee gran utilidad como documento teórico, ya que permite describir resultados propios para la región, así

como implicaciones prácticas al ayudar a entender mejor los factores familiares asociados con la incidencia de depresión en adolescentes, de tal manera que puedan ser elaboradas estrategias de prevención e intervención para afrontar este problema psicosocial, lo cual le otorga al proyecto relevancia en la comunidad.

Y teniendo en cuenta que no se halló registro de antecedentes sobre este tipo de investigación en la región, a pesar de que se tiene conocimiento de algunos estudios que se encuentran en curso, la presente investigación se considera novedosa en tanto aborda la estructura familiar en relación con la depresión en adolescentes.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo General

Determinar la correlación entre características familiares y la adquisición y mantenimiento de síntomas de depresión en 13 adolescentes con edades entre los 12 y los 18 años, pertenecientes al Colegio Nuestra Señora de Guadalupe en el municipio de Dosquebradas.

3.2 Objetivos Específicos

- Establecer los síntomas de depresión presentes en los adolescentes.

- Describir las características estructurales de las familias de 13 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad, con puntuaciones significativas en el BDI y el ATQ-P, identificadas a partir de la implementación de una entrevista semiestructurada.
- Describir las características funcionales de las familias de 13 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad con puntuaciones significativas en el BDI y el ATQ-P, identificadas a partir de la implementación de una entrevista semiestructurada.
- Determinar la correlación existente en las características familiares y la adquisición y mantenimiento de síntomas depresivos.

4. ANTECEDENTES

El tema de la adolescencia resulta apasionante para muchos y desagradable para otros. En general alrededor de esta población se han realizado infinitas investigaciones abarcando los temas que competen a ella, desde el marco, social, clínico y psicológico. Para este trabajo se dará un esbozo de las investigaciones realizadas en el marco de lo psicológico y de manera puntual en lo referente a la depresión; la mayoría de los trabajos desarrollados con adolescentes depresivos coinciden en afirmar que la desesperanza es el punto central para llegar al suicidio y que la sociedad juega un papel importante en la adquisición de síntomas depresivos.

La primera publicación que se ocupa específicamente de la atención médica de los pacientes adolescentes se debe a Amelia Gates, quien en 1918 describe minuciosamente el trabajo de la clínica de adolescentes de la facultad de medicina de la universidad de Stanford.

Así mismo un año destacado es el de 1968, cuando un colectivo importante de médicos, integrado por pediatras, psicólogos, psiquiatras, ginecólogos e internistas; constituyó la *Society for Adolescents Medicine* (SAM), desde 1970 en adelante los congresos de la SAM, fueron puntos de referencia para los especialistas en adolescencia.

Posteriormente entre 1973 y 1975 Weine Offer, realizó estudios epidemiológicos, para reevaluar aquellos conceptos clásicos de que la adolescencia en si misma constituiría una “enfermedad”. Durante sus investigaciones este autor encontró en aquellos adolescentes que podrían considerarse “normales” tres patrones de desarrollo psicológico:

1. Crecimiento continuo (23% del grupo total): Adolescentes que aceptan normas culturales, con poco conflicto generacional, buen manejo del estrés situacional y desarrollo propio de la adolescencia.

2. Crecimiento irregular (35% de la muestra): Estos presentan periodos variables de adaptación y progresión, otros de regresión y detención en el desarrollo, evidencian más conflicto emocional que el primer grupo; tendencia a usar proyección, rabia y depresión contra el estrés.

3. Crecimiento rebelde (21%): Exhiben fuertes reacciones a estrés interno y externo. Experimentan a menudo ansiedad, depresión e irritabilidad emocional; son muy sensibles y desconfiados. De este grupo una tercera parte necesitó ayuda psicológica o psiquiátrica.

En concordancia, durante un estudio denominado ¿Cómo son los jóvenes que intentan quitarse la vida?; llevado a cabo después de los dos primeros años de un programa de prevención de suicidios entre adolescentes, en un hospital que presta servicio en el centro de una ciudad de población negra y de bajo nivel socioeconómico; Rohn produjo un informe sobre un grupo de sesenta y cinco participantes cuya edad oscilaba entre 7 y 19 años, el promedio era de 16 años y el 75% eran mujeres. Estos jóvenes estaban aislados socialmente y el 50% de ellos se podían describir como “solitarios”; el 75% tenía bajo rendimiento en la escuela; el 19% había perdido uno o más cursos y el 35% de los sujetos habían abandonado los estudios o faltaban al colegio con mucha frecuencia, otro 35% tenía problemas de comportamiento o de disciplina.

En un subgrupo de 25 adolescentes a quienes se hicieron pruebas psicológicas, se juzgó que el 60% sufría disfunción cerebral mínima, con dificultades concomitantes para el aprendizaje y una pobre imagen de si mismos, además de una sensación de desesperanza que con frecuencia iba acompañada de fracaso académico. Sus familias tenían problemas, con una alta proporción de padres divorciados o separados (el 59% pertenecía a hogares de un sólo padre), varios con padres

alcohólicos (el 31% tenía por lo menos uno) y un gran número de jóvenes que vivían alejados de sus padres (25%).

Este estudio agrega un nuevo elemento, el de la disfunción cerebral mínima, y confirma otros estudios que han encontrado que los adolescentes que intentan suicidarse han experimentado patrones de vida muy diferentes a los de otros jóvenes (Rohn, sin fecha; citado por Castells y Silber;2003).

Así mismo, en un estudio realizado con cuarenta jóvenes entre 12 y 19 años que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico después de tratar de suicidarse, Crumley (1979) encontró que todos ellos habían estado emocionalmente enfermos antes del intento. La depresión, el abuso de las drogas y la personalidad inestable fueron los diagnósticos más comunes. Estos jóvenes mostraban inclinación a reaccionar fuertemente ante una pérdida, a tener poco control en su ira y a ser impulsivos.

En el año 2000 Silvia Gaviria, Maria de los Ángeles Rodríguez y Tatiana Álvarez de la facultad de medicina del instituto de ciencias de la salud, realizaron una investigación en Medellín, con 287 estudiantes de medicina, con el fin de evaluar la calidad de la relación familiar y su asociación con la depresión. Encontraron en sus resultados, una relación familiar de gran calidad en nueve de cada diez estudiantes, una prevalencia del 30.3% de síntomas de depresión; de este porcentaje el 20.9% correspondía a una forma leve de depresión, el 7.0% para la moderada y el 2.4% fue

detectado como riesgo de depresión severa. Según los resultados el riesgo de depresión es mayor a medida que disminuye la calidad de la relación familiar. Se confirma de esta manera el papel de la familia como factor protector importante para el diagnóstico de la depresión (Gaviria, Rodríguez y Álvarez; 2000).

En este contexto, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en asociación con la Unión Europea, realizaron un estudio acerca de las “señales que indican la presencia de depresión en un niño, niña o joven”. Este estudio se realizó en la ciudad de Bogotá en el año 2006, los resultados se consolidaron alrededor de la identificación de los cambios depresivos. Enlentecimiento psicomotor, inestabilidad psicomotriz, irritabilidad, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, dificultades en la atención, trastornos en el patrón de alimentación, trastornos en el patrón del sueño, quejas somáticas, signos de ansiedad e ideas de muerte y suicidio (Unión Europea, ICBF. 2006).

En la línea de las investigaciones de este trastorno emocional se muestra una relación marcada entre la depresión y otro tipo de enfermedades; por ejemplo en la facultad de medicina de la Universidad de Porto Portugal (sin fecha) se realizó una investigación sobre el asma y la depresión en adolescentes, se planteó como objetivo de la investigación cuantificar la sintomatología depresiva y relacionarla con el asma en los adolescentes. C. Pereira y H. Barros realizaron un estudio transversal escogiendo una muestra al azar de 5383 adolescentes de sexo femenino y con edades entre los 12 y 18 años. La gravedad del asma fue determinada por la frecuencia de los

síntomas respiratorios y para la evaluación de la sintomatología depresiva se utilizó el inventario de depresión de Beck.

La investigación arrojó los siguientes resultados: La puntuación media de síntomas depresivos fue superior en los adolescentes asmáticos (13,5; ic95%: 12,4-14,7 vs. 8,8; ic95%: 8,5-9,0; $p < 0,001$), aun después de efectuado el ajuste para el sexo, la edad, y el estatus socio-económico por análisis de la covariación. Los síntomas depresivos se correlacionaron con la frecuencia de síntomas respiratorios (p para la tendencia $< 0,001$). La prevalencia de la depresión ($bdi > / = 16$) fue de 18,7% en el conjunto de los adolescentes, siendo superior entre los adolescentes asmáticos tanto en el grupo femenino como en el masculino (44,0% vs. 23,4%, $p < 0,001$ en las mujeres y 15,7% vs. 11,6% $p < 0,001$ en los hombres). De manera puntual se concluyó que los síntomas depresivos son mas frecuentes en adolescentes asmáticos, y que existe una correlación positiva entre la frecuencia de síntomas respiratorios y la gravedad de la sintomatología depresiva (Pereira y Barros. S.F).

Continuando con la línea de los síntomas depresivos, en el año 2008 se realizó una investigación longitudinal sobre la sintomatología de la depresión y el autoconcepto en los adolescentes, se planteó como objetivo principal poner en claro la trayectoria de los síntomas depresivos y el auto concepto en adolescentes entre los 13 y los 15 años de edad, y determinar si los buenos o malos comportamientos en los

primeros años de educación pueden o no predecir los síntomas de depresión y el auto concepto en los adolescentes.

Los resultados demostraron una relación poderosa entre los síntomas depresivos y la identidad. Ninguna diferencia fue encontrada en ambos sexos en cuanto al estado inicial o el crecimiento en cualquier concepto. Sin embargo la identidad como concepto, demostró una diferencia significativa dependiendo del desarrollo obtenido en el proceso de aprendizaje, quienes presentaron mayor grado de dificultad a la hora de aprender, mostraron un nivel mas bajo de identidad, creando esto, un problema de auto concepto llevando a una depresión severa mas adelante.

Comparado con otros grupos de clasificación, adolescentes con una educación normal y en algunos casos brillantes se encontraban con mayor capacidad de asimilar su rol en la sociedad sin ningún problema aparente de depresión, pues a diferencia del otro grupo estos adolescentes tenían una alta autoestima y por lo tanto no sufrían de depresión. Adicionalmente, el resultado arrojado por el estudio confirmó que la detección a temprana edad de los comportamientos y la clasificación de estos, sea buena o mala, juegan un papel importante en la formación de un buen auto concepto y por ello una disminución en los síntomas de depresión.

Al concluir esta investigación, las autoras afirman que los programas de prevención también tienen que centrarse en componentes múltiples e incluir medidas de resultado múltiple, abordar los cambios cognitivos e interpersonales y

conductuales que son mediadores posibles o moderadores de la depresión, ya que demuestran desde temprana edad quienes van a desarrollar problemas de este tipo. De igual manera sostienen que las clasificaciones tempranas de los problemas cognitivos y conductuales pueden pronosticar los síntomas depresivos posteriores. Los investigadores consideran importante que la investigación de prevención sea dirigida con escolares elementales en peligro de desarrollar depresión severa y se concentren en prevenir la depresión y los síntomas depresivos en la adolescencia. También indican una relación poderosa entre el desarrollo de los síntomas depresivos y la identidad (el auto concepto) durante la adolescencia. Estudiantes en educación especial hicieron una demostración de una disminución importante en el auto concepto después de la edad de 15 años (Craig, Enders, Dietz, Dixon, Morrison; 2008).

Durante este mismo año se llevó a cabo un estudio longitudinal para determinar la relación existente entre el rechazo paternal y los síntomas de depresión y agresión en los adolescentes. Este estudio revisó el impacto que en los síntomas depresivos tiene la agresión y el rechazo paternal. Los datos fueron recolectados de 940 adolescentes, de los cuales el 50.6% eran niños y el 49.4% eran niñas. Durante el desarrollo del trabajo se encontró que los adolescentes a través del cambio que van sufriendo no sólo a nivel físico sino mental, van formando un auto concepto que debe ser fomentado por los padres durante los primeros años de niñez. El estudio demostró que los adolescentes a quienes sus padres les formaron en valores y les fomentaron un buen concepto de si mismos, más tarde no habían desarrollado relaciones conflictivas

con sus padres ni agresión o depresión. De igual manera concluyeron que la fuente de fortaleza de estos efectos disminuyó cuando los adolescentes crecieron, debido al efecto que tiene la madurez en el pensamiento y la no idealización de los padres vistos antes como figuras sobrenaturales que ahora pasaban a ser sólo seres humanos (Hale III, VanderValk, Akse, Meeus; 2008).

Por otro lado en el año 2007, se realizó una investigación sobre el efecto de la edad en el inicio del desorden depresivo severo. Este estudio valora si la edad define un subgrupo específico en el desorden depresivo severo en 4.041 participantes que entraron a formar parte de las largas filas de pacientes con depresión. El estudio inscribió pacientes externos entre 18 y 75 años de edad con desorden depresivo no psicótico; inicialmente los pacientes expresaron a través de diferentes tipos de terapias y preguntas cual fue la edad promedio en la que experimentaron su primer episodio de depresión severa.

Para este estudio dividieron la población en cinco grupos diferentes: al inicio de la infancia (menores de 12 años), al inicio de la adolescencia (de 12 a 17 años), al inicio de la adultez (entre 18 y 44 años), al intermedio de la adultez (entre 45 y 59 años), y al inicio de la vejez (de 60 años en adelante).

Aunque inicialmente ningún grupo se destacó como distinto de los otros, más tarde los investigadores observaron una pendiente evidente con las edades más tempranas, lo cual permite afirmar que al no tener una función social específica

cargan con menos culpas y problemas, que quienes van entrando a etapas de conflicto, se va viendo a través de los años reducida la calidad de vida, se tiene una visualización mas negativa de la vida y la identidad, se experimentan mas episodios depresivos y los intentos de suicidio y la gravedad de los síntomas se hacen mas grandes, la tendencia suicida se va incrementando a medida que van pasando los años. Así mismo, se estableció que el comportamiento social y el acompañamiento que los adolescentes hayan tenido durante la etapa escolar y en el inicio de su vida social es un factor determinante a la hora de desarrollar problemas relacionados con la depresión o el suicidio.

Igualmente, los investigadores afirman que las personas que presentan el desorden de depresión severa han experimentando a través de la vida sucesos negativos y que estos están relacionados directamente con la presión que ofrece la sociedad a medida que van formando parte de ella. Al mismo tiempo sustentan que al ocurrir la depresión durante o antes de acontecimientos fundamentales para el sujeto, el trastorno depresivo tendrá mayor severidad, según ellos es posible que la sensibilidad interpersonal, la baja estima e identidad, una situación económica precaria durante la infancia y mala relación matrimonial sean factores que pueden llevar a desarrollar un desorden severo de depresión.

De igual manera concluyeron que la edad adulta es factor determinante en cuanto al desarrollo de la depresión severa, pues el historial familiar en cuanto a depresiones pasadas, el abuso de las drogas, la presencia constante de episodios

depresivos y las características atípicas y melancólicas del comportamiento social y la calidad de vida inferior favorecen el incremento de los síntomas depresivos (Zisook, Lesser, Stewart y Wisniewski; 2007).

Así mismo, McCarthy, Downes y Sherman (2008); realizaron un estudio cualitativo que se centró en las experiencias de los adultos jóvenes, quienes en su adolescencia fueron depresivos. Participaron en una entrevista semi-estructurada nueve jóvenes adultos que fueron tratados por trastornos depresivos graves en edades entre los 15 y 18 años.

Señalan en esta investigación que la depresión afecta potencialmente a los jóvenes, en cuanto bienestar general, relaciones interpersonales y rendimiento académico, así como la familia y los sistemas de apoyo. Reconocen que la depresión en los adolescentes está a menudo relacionada con el suicidio, que es la tercera causa de muerte para las personas entre los 15 y 24 años de edad, para 2002, 1531 adolescentes con edades entre los 15 y 19 años se suicidaron en Colombia. (Recuperado en Mayo de 2008 <http://www.scienti.colciencias.gov.co>).

El objetivo de este estudio, radica en aumentar la comprensión sobre la depresión en relación con las experiencias en su transición entre adolescencia y adultez, la ayuda de procesos de búsqueda y el tratamiento de este trastorno. En concreto trataron de identificar temas emergentes en entrevistas cualitativas a fin de complementar los resultados de la investigación cuantitativa sobre aspectos tales

como la persona, las fuentes de asistencia, elementos útiles e inútiles de tratamiento, las posibles preocupaciones acerca de posteriores recaídas, y asesoramiento para los adolescentes deprimidos, así como para los profesionales de la salud mental que trabajan con estos pacientes.

En términos de los investigadores la razón de selección del rango de edad de 15 a 18 años, radica en que este periodo de edad puede ser un momento crítico para el estudio de vulnerabilidad para este trastorno, tasas mas altas de depresión, mayor riesgo para su aparición y un importante aumento de las diferencias de género son evidentes durante este periodo de tiempo. Se buscaron participantes de la edad adulta, esperando que pudieran hablar de sus episodios depresivos con una mayor madurez y con mayor sentido que durante sus años más tempranos. Ellos, reconocieron el valor de hablar con un profesional de la salud mental y cuando se encontraron con él expresaron el respeto por su asistencia, los participantes además valoraron la ayuda de sus padres.

Teniendo en cuenta que el suicidio es la tercera causa de muerte para las personas entre los 15 y 24 años de edad, Vitiello y Pearson (2008) realizaron una investigación denominada “Un adolescente deprimido en alto riesgo de desarrollar comportamiento suicida”.

Los autores resaltan que la presente investigación surge a raíz de la necesidad de integrar la información para abordar la depresión en adolescencia; aclarando que es

una recopilación de pruebas basadas en los ensayos clínicos realizados con jóvenes deprimidos suicidas, para poner en conocimiento cuales son los factores de riesgo para esta conducta.

El artículo inicia con un caso hipotético de un problema en el consultorio clínico psiquiátrico. Los escritores examinan los datos actuales sobre incidencia, diagnóstico, patologías y tratamiento; concluyendo con las recomendaciones para casos como el presentado. “Un hombre blanco de 15 años de edad fue traído al hospital después de haber ingerido aproximadamente 20 pastillas de acetaminofen en un intento de suicidio. Su madre lo había encontrado en su cama escuchando música fuerte, con un frasco de pastillas vacío sobre el piso. Antes el adolescente había vuelto a casa de un partido de béisbol visiblemente derrotado e informando que niños del equipo lo habían culpado por perder el partido”.

El adolescente había sido buen estudiante en la primaria, pero aun no lograba acostumbrarse a la secundaria, ni en los estudios ni socialmente, no era sexualmente activo, no había probado drogas y no había tenido ningún problema con la ley, en una ocasión ingirió alcohol. La relación con su padre un hombre absorbente y crítico era tensa; un primo al que el adolescente era cercano recientemente había fallecido en un accidente automovilístico. El paciente informó que cuando se sobredosificó, estaba disgustado y no pensó realmente en las consecuencias de lo que estaba haciendo, pero admitió que en ese momento, quería morir porque estaba cansado de ser un fracaso. No había planeado el acto y tomó el acetaminofen del botiquín.

Según los investigadores el mismo adolescente describió el acto como absurdo y afirmó que lamentaba haber perdido el control. Le preguntaron si estaba conciente de que pudo haber muerto de sobredosis, y el respondió que no había pensado en ello. Para los investigadores el hecho de haber intentado el suicidio incrementa considerablemente el riesgo de los intentos posteriores y la muerte por suicidio, la mayoría de los intentos no logran consumarse, sin embargo, un alto porcentaje de los jóvenes que mueren por esta causa lo habían intentado antes. Al mismo tiempo los investigadores reconocen como factor de riesgo muy importante para el comportamiento suicida la presencia de patologías graves, pues la gran mayoría de personas muertas por suicidio y los que lo intentan sufren de depresión.

La combinación de la depresión y una tendencia impulsiva a reaccionar con agresión, a la tensión y a la frustración es vista a menudo como tendencia al comportamiento suicida. Además el alcohol y la drogadicción contribuyen a generar impulsividad creciente. La psicosis, el trastorno de conducta, los trastornos alimenticios y los trastornos de ansiedad también incrementan el riesgo del comportamiento suicida.

Al terminar este estudio los investigadores plasmaron dos conclusiones: En primera instancia el tratamiento es enfocado en las patologías del paciente, aprender a desarrollar la destreza para controlar la tensión y la frustración, en mejorar las relaciones interpersonales con los miembros de la familia y quienes están a su

alrededor. Además, el acceso a los medios comunes de suicidio, como los medicamentos y las armas de fuego, deben ser reducidos. Como segundo aspecto se debe tener en cuenta que la depresión es un factor determinante a la hora de identificar a los adolescentes que desarrollan conductas suicidas, es considerada la puerta de entrada a este tipo de patologías.

Otra investigación que se refiere el tema del suicidio, se realizó también en el año 2008. El objetivo fue efectuar una actualización en cuanto al uso de medicamentos antidepresivos y la relación que existe entre estos y el aumento de los suicidios. Los investigadores incluyeron placebos, la población meta eran niños y adolescentes de 19 años o mas jóvenes con un diagnóstico de desorden depresivo muy alto (MDD), o trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo (OCD). En pacientes con MDD, la diferencia de riesgo entre aquellos que recibían un antidepresivo y los que recibían el placebo era de un 11 % y la diferencia de riesgo para tendencia / intento suicida era de 1%.

En conclusión el riesgo de comportamiento suicida era bajo, similar al de otros trastornos analizados, concluyendo que los antidepresivos no eran necesariamente causales de suicidio. Además la edad y la duración de la depresión eran moderadores importantes de resultados de eficacia en las pruebas de depresión. Todas las condiciones estudiadas indicaban una respuesta favorable para antidepresivos, particularmente en las edades más cercanas a los 19 años había un aumento pequeño en el comportamiento suicida, pero ningún suicidio ocurrió (Wellbery, 2008).

Por otro lado y después de mencionar algunos estudios referidos a la depresión, síntomas y causas, es importante revisar también aquellos trabajos relacionados con la intervención. En este contexto un grupo de profesionales efectuó una investigación con base en los tratamientos para este trastorno afectivo.

Como objetivo principal de esta evaluación los investigadores deseaban comparar los efectos de la terapia grupal en el tratamiento de eventos traumáticos que pueden desencadenar depresión severa. Al mismo tiempo buscaban identificar la relación existente entre los desastres de tipo natural y el daño causado a nivel psicológico en los adolescentes, seguidamente examinaron si el entorno socioeconómico al igual que las diferencias entre las personalidades de los estudiantes es un factor determinante a la hora de superar estos traumas.

El estudio quiso comparar los efectos del problema, basados en la terapia de grupo y la terapia ocupacional seis meses después del terremoto de Marmara en Golkuk. Se incluyeron 187 estudiantes de séptimo grado, los datos fueron recolectados con base en el inventario de depresión de adolescentes (AID) y la estructura sociodemográfica. Las escuelas fueron escogidas al azar y se asignaron dos grupos uno que manejaba la terapia grupal y otro la terapia ocupacional; el AID fue administrado antes y después de la terapia y la tabla de signos de depresión fue grabada durante las sesiones de trabajo. Durante las dos primeras sesiones no hubo cambios significativos en la tabla del conteo de signos de depresión en ambos grupos,

mas adelante si empezó a darse un cambio en el AID de los adolescentes. Los datos obtenidos fueron analizados con la prueba de valores de Kruskall Wallis y el análisis de variación.

Durante el desarrollo de ambas terapias se encontró que el nivel de alfabetización de los padres puede definir si el niño va a sufrir o no depresión cuando se le presenten eventos traumáticos, a mayor nivel de educación de los padres más fácil resulta la guía de estos para que los niños puedan sobrellevar este tipo de problemas. Al mismo tiempo subrayaron los investigadores que cuando se poseen mayores ingresos económicos, mayor es el miedo de los adolescentes de perderlo todo frente a un desastre de tipo natural. Los adolescentes que vivían en condiciones económicas más básicas no sufrían de este tipo de problemas debido a que están acostumbrados a vivir con lo necesario.

Al concluir este estudio no se encontró ninguna diferencia significativa entre los puntajes de AID, aunque es importante resaltar que quienes trabajaron con terapia grupal se vieron mas beneficiados al compartir sus experiencias, miedos, preocupaciones y frustraciones hicieron que poco a poco se fuera disminuyendo el estrés o la depresión que había sido causada por los eventos traumáticos. Y finalmente concluyeron que aunque no había una diferencia importante en los puntajes de media obtenidos después de las dos primeras sesiones entre los grupos, los puntajes de señal de depresión de los adolescentes cuyas puntuaciones en el AID eran de 19 o mas altos, significativamente disminuyeron después del trabajo de

grupo; mientras que el grupo de terapia ocupacional a pesar de ser efectivo, se demoraron un poco mas en disminuir los signos de depresión y estrés que poseían los niños y adolescentes (Bahar, Öztürk, Beser, Baykara; 2008).

En la línea de los tratamientos para este trastorno afectivo, *Apps, Winkler y Jandrisevits*, realizaron una investigación sobre los síntomas de los trastornos bipolares y el tratamiento para niños y adolescentes, con este trabajo buscaban incrementar el interés en el diagnóstico de los trastornos bipolares, déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y depresión desde temprana edad, para llevar a cabo un tratamiento mas rápido y efectivo desde que se empiezan a evidenciar los primeros síntomas de este tipo de trastornos mentales.

El propósito de este estudio fue ayudar a enfermeras, maestros y padres de familia a diferenciar los síntomas de los trastornos bipolares con exactitud de TDAH y familiarizarlos con los enfoques de tratamiento apropiados. Según los investigadores (basados en la APA), los episodios son caracterizados por al menos dos semanas consecutivas de estado de animo deprimido, que pueden presentarse con irritabilidad intensa en niños y adolescentes o anhedonia, que hace referencia a una falta notable del interés o disfrute de las actividades que antes eran placenteras. La persona también debe presentar al menos cuatro síntomas adicionales; pérdida o aumento de peso, alteraciones en el apetito, dificultades escolares, trastornos de sueño, agitación o enlentecimiento, inutilidad o desesperanza, culpabilidad y/o tendencia suicida.

Los investigadores afirman que las alternativas de la sicofarmacología para el tratamiento de los trastornos bipolares pediátricos incluyen estabilizadores del estado de ánimo tradicionales como litio y sodio, antipsicóticos atípicos. Ellos creen que la selección de agentes de farmacología debe ser controlado por lo siguiente: la eficacia, perfil de efecto y/o formulación del agente, la historia tanto personal como de familia y su educación, deben ser un material de soporte para todos los que estén interesados en manejar las terapias y su combinación con fármacos.

Al concluir este estudio los investigadores subrayaron que en cuanto el estado de ánimo de un niño se estabiliza con la ayuda del tratamiento, el niño obtiene mayor disposición para realizar nuevas tareas; es decir la terapia Cognitivo Conductual puede ayudar con el desarrollo del conocimiento emocional y las destrezas en niños mas grandes y adolescentes. Los investigadores observaron durante el estudio que la destreza de grupos terapéuticos sociales puede ser decisiva en el desarrollo de las destrezas interpersonales.

Las intervenciones individuales, de grupos y la terapia familiar para el tratamiento del trastorno bipolar están disponibles y resultan con mayor efectividad que la utilización de fármacos solos o terapias solas. Las investigaciones y la detección temprana indican que las intervenciones de terapia pueden ayudar con el tratamiento y previenen posibles recaídas. Las intervenciones familiares ayudan a desarrollar una mejor comprensión de la enfermedad y su evolución, además

permiten establecer sistemas de refuerzo conductuales basados en la confianza, mejorando las habilidades de la comunicación interfamiliar.

Así mismo se concluyó que los trastornos bipolares en niños tiene una incidencia en el comportamiento de adultos, aunque la presentación de los síntomas varía por la edad y el nivel del desarrollo. Los desordenes bipolares causan el deterioro serio del funcionamiento tanto en casa como en la escuela y en la sociedad, pero son curables a través de un enfoque multiconductual, usando tratamientos e intervenciones conductuales, con la valoración clínica apropiada y la intervención temprana, los niños pueden lograr un comportamiento adecuado y mejorar su desarrollo (Apps, Winkler y Jandrisevits; 2008).

Por otro lado, en el año 2006 se realizó una investigación para saber como contribuye al bienestar psicológico de los adolescentes la existencia de las relaciones interpersonales y experiencias de estar solo. Durante la ejecución de este estudio se indagó sobre la calidad de las relaciones interpersonales con sus padres y pares hombres y mujeres para determinar la importancia de estas en el desarrollo del bienestar psicológico y lograr eliminar el malestar. En términos generales el objetivo de esta investigación fue poner en claro si había una correlación entre la calidad de las relaciones sociales y la actitud de adolescentes hacia estar solo.

Los investigadores mostraron que los adolescentes podían distinguir entre estados diferentes de la soledad, por un lado podían reconocer el dolor del

aislamiento y la negativa sociable, del mismo modo, podían reconocer la dimensión agradable de la soledad, de acuerdo con la edad y las relaciones sexuales. Por lo tanto la soledad puede ser un riesgo para él, pero también puede ser una necesidad del desarrollo.

En términos de los investigadores desde los orígenes de la psicología, la adolescencia ha sido considerada un escenario difícil en el proceso del desarrollo. Ha sido vista como un periodo de crisis caracterizado por un cambio. En las épocas recientes en que algunos estudios empíricos han mostrado que en realidad, la mayoría de los adolescentes atraviesan esta etapa con éxito, sin experimentar los traumas especiales, se ha prestado especial atención a las relaciones interpersonales. Los diferentes estudios reconocen a estas relaciones como factores decisivos a la hora de atravesar la etapa de la adolescencia con total éxito, si las relaciones son más satisfactorias con padres y amigos es probable que los adolescentes no tengan un periodo traumático durante esta época. Las relaciones con semejantes son muy importantes, la amistad tiene fuerte influencia en la adaptación psicosocial del adolescente y constituye un elemento protector importante contra el comportamiento desviado, la depresión, y los sentimientos de alienación (Schneider, Wiener, & Murphy, 1994; Bukowski, Newcomb, & Hartup 1996).

Este estudio concluyó con las siguientes afirmaciones: lograr el llamado bienestar psicológico sobre todo durante la adolescencia temprana depende de la aprobación y la integración en el grupo semejante, ya que la presencia de familia y

amigos inadecuados pueden aumentar el riesgo de poseer malestar; de ahí la importancia que las relaciones interpersonales se presenten con personas adecuadas.

Y en cuanto al adolescente los investigadores subrayan que por una parte él reconoce los aspectos dolorosos de estar solo, la desdicha y el miedo provocado por separación y aislamiento de sus semejantes y familia, pero, al mismo tiempo es conciente que la soledad también puede implicar una dimensión agradable (*Corsano, Majorano y Champretavy. 2006*).

Para 1996 Widmer, Ellis y Trunnell, realizaron una investigación para crear un instrumento que midiera el componente ético del esparcimiento y las elecciones de ocio en un adolescente. Los investigadores creen que el esparcimiento y las elecciones de ocio hechas por los adolescentes puede ponerlos en riesgo alto y con mayor predisposición a una gran variedad de comportamientos delincuenciales. Los estudios han indicado que el abuso de drogas en adolescentes, la violencia, el homicidio, y la muerte que resulta de los accidentes relacionados con alcohol han llegado a proporciones epidémicas.

Aunque la aplicación de teoría ética para el esparcimiento y las elecciones de ocio ha sido mencionada con antelación, ninguna investigación previa ha operacionalizado este concepto. Por lo tanto, el propósito de este estudio fue crear un instrumento para medir el componente ético del esparcimiento y el comportamiento de ocio que puede ser usado para distinguir entre el alto y el bajo riesgo de los adolescentes. El

instrumento a crear (AEBLS) estaba basado en una interpretación del sistema ético presentado en filosofía Aristotélica.

Según los investigadores todos los adolescentes manejan un riesgo alto versus un riesgo bajo; para ellos existen unos grupos específicos de adolescentes que pueden estar en diferentes niveles de riesgo. La población de la escuela secundaria pública, por ejemplo, como un todo, estaría en inferior riesgo que sus semejantes que tienen una historia de comportamientos delincuenciales, quienes han sido puestos en adopción o en centros de detención. Del mismo modo los investigadores sostienen que los comportamientos éticos y las actitudes de un adolescente con respecto a su esparcimiento y ocio, proporcionan una herramienta valiosa para la investigación en términos de prevención e intervención.

Para concluir esta investigación, los escritores señalan que existe una fuerte influencia social en el comportamiento de riesgo de los adolescentes; La falta de la competencia de ocio está relacionada con el aburrimiento y posteriormente puede resultar en el uso de sustancias y de otros comportamientos inadecuados en los adolescentes. Y finalmente los estudios de AEBLS iniciales indican que la medida tiene potencial como una herramienta valiosa para investigación, la prevención, y la intervención en programas para la juventud de alto riesgo. El desarrollo adicional del AEBLS debe incluir un examen de la estructura latente de la medida a través del análisis de factor (Widmer, Ellis y Trunnell. 1996).

Ahora bien, al investigar adolescentes la mayor preocupación para muchos teóricos esta relacionada con su comportamiento; por eso en el 2002 una serie de investigadores realizaron un estudio para proporcionar una oportunidad de ver el comportamiento del adolescente problema y su sintomatología depresiva. El presente estudio examinó los riesgos y la protección de los adolescentes problema, de su comportamiento y sintomatología depresiva; utilizando una perspectiva socioecológica, agregando factores de riesgo para los adolescentes problema y de ánimo deprimido, en tres contextos sociales: es decir, la familia, los pares y la vida con los adultos. Los factores de protección relacionados con estos tres contextos también se incluyeron en los análisis.

En conclusión, los resultados de este estudio revelaron una serie de casos en los que un factor protector (es decir, las sanciones contra la mala conducta) obstruye el alto riesgo de comportamiento problemático en adolescentes; es decir que dichas sanciones funcionan como amortiguadores. No ocurre entonces tal amortiguamiento en el caso que no se aplican sanciones al adolescente problema, lo cual aumenta el riesgo de presentar trastornos de comportamiento. En contraste con los modelos de comportamiento problemático, no hubo efectos de amortiguación a través de contextos para los síntomas depresivos (Beam, Gil-Rivas, Greenberger y Chen. 2002).

En cuanto a los factores predisponentes la doctora chilena Matilde Maddaleno (2000), realizó un estudio enfocado en el rastreo de investigaciones sobre el riesgo de

los adolescentes latinoamericanos frente a la depresión, a partir de este estudio se identificaron 13 situaciones como principales indicadores de riesgo: 1) presentar trastornos psiquiátricos, 2) ser portadores de malformaciones importantes, 3) enfermedad grave o potencialmente mortal, 4) no estudiar ni trabajar, 5) haber abandonado la escuela primaria o no haberla iniciado, 6) iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años de edad de manera promiscua, homosexualidad o con resultados emocionales traumáticos, 7) haber atentado contra su vida o manifestarlo de manera implícita o explícita, 8) presentar un embarazo no deseado, 9) fumar tabaco antes de los 13 años, beber alcohol de manera asidua y hacer uso de drogas aunque sea de manera ocasional, 10) vivir o haber vivido una situación de abandono familiar, 11) hacer parte de un medio social patológico, 12) presentar antecedentes judiciales o penales, 13) antecedentes de abuso o maltrato.

Además de estos trece indicadores principales, este estudio mostró indicadores menores e indicadores primarios y secundarios relacionados con la enfermedad emocional; de esta manera como indicadores menores de riesgo Maddaleno citó: diferencias en la cronología de la pubertad, presencia de enfermedad crónica o discapacidad, presencia de trastornos en la alimentación, repetición de un grado escolar, inesperado descenso en el nivel escolar o indisciplina escolar reiterada, antecedentes de mas de un accidente de cierta importancia, antecedentes de psicoterapia o psicodiagnósticos solicitado, mentiras u omisiones reiteradas, imposibilidad o reiteración en tratar temas sexuales, padres viudos o separados, nuevas uniones de los padres, trabajo antes de los 15 años en un medio no familiar o

en un medio social discordante con los valores de la familia, ser hijo único y traslado o mudanza de domicilio.

Finalmente como indicadores primarios relacionados con la enfermedad emocional esta chilena plantea, la enfermedad emocional infantil, las enfermedades crónicas o malformaciones clínicas graves, el uso de tóxicos, los intentos suicidas y el inicio temprano de la actividad sexual. En cuanto a los indicadores secundarios se encuentran, carencias afectivas importantes, fracaso escolar o problemas de rendimiento académico y disfunción familiar crónica.

Es evidente entonces la influencia del contexto familiar en el estado depresivo, pues de los trece indicadores de riesgo tres están directamente relacionados con el ambiente familiar, se puede observar al mismo tiempo la relación entre muchos de los indicadores de la depresión y las conductas de riesgo específicas para comportamientos de riesgo puntuales (Maddaleno, 2000, citado por Blum, 2003. www.humanas.unal.edu.co. Recuperado 9 de octubre de 2008).

En términos estadísticos fueron recolectados en el segundo estudio nacional de salud y consumo de sustancias psicoactivas realizado a 25.135 personas en Colombia los siguientes datos. Se observa que la prevalencia de depresión general es de 25.1%, el 10.3% del grupo de hombres tienen depresión leve, un 3.4% moderada y un 0.6% severa. En el grupo de mujeres el 14.7% sufre depresión leve, el 5.3% moderada y el

1.3% severa (Santa cruz, Gómez, Posada y Viracachá, 1995.

www.humanas.unal.edu.co. Recuperado 9 de octubre de 2008).

En cuanto a los adolescentes y jóvenes este estudio muestra que los índices mas altos de depresión se ubican entre los 16 y los 24 años de edad, comparado con otros rangos de edad; a excepción de la depresión severa en hombres entre los 28 y 33 años de edad. Según datos de la secretaria de salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte de adolescentes y jóvenes entre 14 y 26 años, se debió a lesiones auto inflingidas intencionalmente con un 7.0% del total de muertes (mujeres 6.8% y hombres 7.1%).

5. MARCO TEORICO

Con el fin de establecer un sustrato teórico sobre el cual se fundamentará la presente investigación se realiza la revisión de aspectos teóricos pertinentes. En este contexto se efectúa la revisión de algunas teorías sobre la adolescencia, posteriormente se revisa el tema de familia, y finalmente se retoma el tema de depresión, realizando especial énfasis en este trastorno dentro de la adolescencia.

5. 1 Adolescencia

Como un puente entre la niñez y la deseable madurez se encuentra la adolescencia, un periodo del desarrollo humano cargado de nuevas experiencias y de

fuertes cambios no sólo a nivel físico sino también social, emocional y psicológico. Esta etapa de crecimiento se ubica entre los 12 y los 18 años de edad, con el surgimiento de cambios hormonales en el hombre y en la mujer, se da una transformación sexual del cuerpo muy visible; como la aparición del vello púbico, el ciclo menstrual, el crecimiento de pectorales y el ensanche de caderas, dejando atrás el cuerpo de niño y formando el de un adulto (Craig, 1997).

Esta transformación física desconcertante, llega como un impacto inesperado, ya que el adolescente no obtiene lo deseado sino que se adapta a lo que recibe, algunos poseen dificultades para describir lo que quieren, después de varios años de relativa tranquilidad se cuestionan su identidad y todo a su alrededor, en este momento predomina en ellos la inestabilidad de carácter, de sentimientos, de creencias y convicciones. Se alteran sus conductas y estados de ánimo; ya que emprender un nuevo camino por el mundo de los adultos, representa para el adolescente la conclusión de su condición de niño. Los cambios psicológicos que se originan en esta etapa, son el correlato de transformaciones corporales, que llevan a una nueva dependencia con los padres y con el mundo (Castells y Silver, 2003).

Hall describe el periodo de la adolescencia como una etapa de tormenta y estrés, una turbulenta transición en el camino de la civilización. Para este autor el estado de ánimo de un adolescente fluctúa entre la energía y el letargo, la alegría, la depresión y la baja autoestima (Hall, 1904; citado por Rice, 1997).

Se refuerza entonces la teoría planteada por Erikson; quien manifiesta como principal tarea psicosocial de la adolescencia el logro de la identidad. Goldman, Rosenzweig y Tugger (citados por Rice; 1997) fortalecen estos principios afirmando que los adolescentes con buena autoestima, es decir que desarrollan una identidad positiva suelen ser mentalmente más sanos que los que tienen una identidad negativa o no se agradan a ellos mismos.

No obstante, se dice que la adquisición de la identidad inicia en el periodo adolescente, pero no se resuelve completamente allí, se mantiene y se repite a lo largo de la vida. A partir de los postulados de Erikson se plantean cuatro niveles para el logro de la identidad: **la exclusión**, se refiere al individuo que no ha pasado por la exploración y se mantiene firmemente comprometido con los valores formados en la niñez. **El nivel de moratoria**, en el cual la persona se dedica a la exploración de alternativas y los compromisos se forman vagamente. **La difusión de identidad**, en donde ubica a las personas que han explorando o no alternativas, aunque no se comprometan con ninguna dirección definida en sus vidas. Y **el logro de la identidad**, para este nivel el individuo ha pasado por varios periodos de exploración de alternativas y ha hecho un compromiso bien definido con una de ellas (Marcia, 1980; citado por Rice, 1997).

Así mismo, Havighurst describió ocho tareas psicosociales importantes que debían ser cumplidas durante la adolescencia. Aceptar el físico propio y usar el cuerpo de manera efectiva, lograr independencia emocional de los padres y otros

adultos, lograr un rol social-sexual masculino o femenino, formar relaciones nuevas y mas maduras con compañeros de edad de ambos sexos, desear y alcanzar una conducta socialmente responsable, adquirir un conjunto de valores y un sistema ético para guiar la conducta, prepararse para una carrera académica, y finalmente prepararse para el matrimonio y la vida familiar. Cada una de estas tareas delimita y fortalece el reconocimiento del adolescente en su grupo social, el desenlace adecuado de ellas garantiza una aceptación social acorde al nuevo rol que exige la sociedad (Havighurst, 1972; citado por Rice, 1997).

Ahora bien el adolescente exige, al igual que los niños, de un entorno familiar positivo, seguro, de un medio apropiado en el que pueda hallar la estabilidad que le llevará hacia la madurez. Descarriados por sus contradicciones internas, los adolescentes buscan con interés un afecto y dirección que les permita comprender que les está pasando. El mundo se le aparece repentina y bruscamente y así es como él lo indaga, sin orden ni inteligencia, sin inicio lógico; el tiempo pasa rápidamente y tiene mucho que absorber (Castells y Silver, 2003).

Al perder la maravillosa seguridad de la infancia, con la adolescencia se abre la puerta a la sociedad, en términos del pediatra Blas Taracena “una sociedad desconocida por la mayoría, que los abandona a su suerte y que no sabe donde ubicarlos” (Castells y Silver, 2003. Pág. 20). De algún modo la sociedad recibe al adolescente y le ofrece un nuevo rol para asumir, el drama consiste en la adaptación a ese nuevo papel que conlleva una preocupación por la falta de experiencia y de recursos para enfrentar esas nuevas metas; en este enfrentamiento social el

adolescente que recibe una fuerte influencia negativa responde de forma desorientada y confusa.

En este contexto es importante mencionar también el desarrollo Cognoscitivo; en términos Piagetianos el adolescente se encuentra en el periodo de las operaciones formales, es decir es capaz de utilizar la lógica propositiva, puede razonar, sistematizar sus ideas y construir teorías. Según Piaget este pensamiento formal tienen cuatro aspectos importantes: introspección (reflexión acerca del pensamiento), pensamiento abstracto (pasar de lo que es real a lo que es posible), pensamiento lógico (considerar todos los hechos e ideas importantes y llegar a una conclusión correcta) y razonamiento hipotético (formular hipótesis y examinar la evidencia al respecto considerando numerosas variables) (Rice, 1997).

A diferencia del niño el adolescente posee una madurez cognitiva, ya que es capaz de visualizar hacia lo abstracto, lo que no está inmediatamente palpable, proyectándose al futuro y pensando en lo que podría ser (Papalia y Wendkos, 1988). Durante este periodo se exteriorizan pautas bien desarrolladas de respuestas emocionales a los acontecimientos, este patrón que se expone en la adolescencia es sólo una continuación del que ha ido aprendiendo paulatinamente durante la niñez (Rice, 1997).

Gallagher, halla tres características del pensamiento adolescente que resaltan su importancia: 1. La capacidad de combinar todas las variables y hallar una solución a los problemas. 2. La habilidad para conjeturar el efecto de una variable en otra. 3.

La destreza para combinar y separar variables según la formula hipotético-deductiva (Gallagher, 1973; citado por Craig, 1997). Por otro lado y no muy unidos a la teoría Piagetiana otros psicólogos citan que la evolución es mucho mas paulatina, con idas y venidas entre el pensamiento operacional formal y modos cognoscitivos anteriores.

Por su parte Keating (1976, 1988) afirma que la delineación entre el pensamiento de niños, adolescentes y adultos es artificial. Él ve el desarrollo cognoscitivo como un proceso permanente y alude que los niños talvez posean habilidades de algún modo latentes para las operaciones formales. Sostiene, que algunos niños obtienen la habilidad de operar el pensamiento abstracto; posiblemente las garantías del surgimiento de esta capacidad en los adolescentes sean las mejores habilidades lingüísticas y la mayor experiencia con el mundo, y no un nuevo dispositivo de cognición (Keating, 1976, 1988 citado por Craig, 1997).

En conclusión se origina una maduración de las funciones cognitivas, con las que el adolescente alcanza una nueva habilidad para pensar de manera lógica, conceptual y con visión de futuro, pasando al mismo tiempo, por un desarrollo psicosocial que le permite una mejor comprensión de si mismo en relación a los demás. En este desarrollo psicosocial aparecen emociones como la ira y el apego; son habituales las manifestaciones de mal genio y las populares rabietas dirigidas a los padres. Estas conductas “asociales” son en ocasiones el llamado a la atención de quien está a cargo del adolescente, este puede sentirse solo y su comportamiento no es más que un reclamo a la imposición de norma y autoridad por parte del adulto; los

adolescentes ansían que sus padres se interesen en las cosas que hacen y que les brinden apoyo moral y emocional cuando lo necesitan (Castells y Silber, 2003).

El corto circuito que ocasiona la incursión en la adolescencia, trae consigo serias alteraciones en el campo emocional, ciertamente algunos adolescentes manifiestan estos cambios emocionales de manera tan evidente como los cambios corporales. En la medida que van desenvolviéndose y enfrentándose a nuevas experiencias, sus emociones van alterándose de manera positiva o negativa de acuerdo a la interpretación que haga de los eventos en los cuales se ve inmerso, en este sentido Beck, afirma que “el modo de interpretar una situación influye sobre los sentimientos y la conducta” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, Pág. 138).

Algunos adolescentes se identifican por su impulsividad para actuar, pasan fácilmente de las palabras a los hechos, con un sentimiento de omnipotencia y frenesí, anhelan descubrir sus propios conflictos. Los efectos negativos son los brotes de cólera, violencia, repentinas fugas, conductas de riesgo y drogadicción; el adolescente es por naturaleza contestatario y manifiesta su oposición a todo lo que implique autoridad.

La carencia de afecto y las malas relaciones familiares parecen estar implicadas con estas manifestaciones conductuales, la familia juega un papel altamente importante en el desarrollo evolutivo del adolescente; se dice que este desarrollo no debe ser unánime sino más bien colectivo donde también se cruza una etapa de aprendizaje para la familia y los padres. Usualmente las publicaciones sobre

la adolescencia han referenciado individualmente el desarrollo del adolescente y su impacto en los padres. Desde el criterio de muchos autores es preciso incluir la experiencia del entorno familiar, asumiendo que la adolescencia es un periodo de transición característicamente crítico e intenso del ciclo vital familiar, caracterizado por la inestabilidad y el desequilibrio, dado que todos sus integrantes serán implicados en el impacto del crecimiento y desarrollo (Craig, 1997).

El adolescente en su afán de conocer nuevas trayectorias y formas de vida, desafía y choca con el orden familiar preestablecido. La vivencia de su contradicción independencia/dependencia, genera inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, en donde emergen grandes conflictos que pueden tornarse crónicos. Con todo y esto continúa siendo la familia el principal sustento para el adolescente, esta se establece como el grupo único donde los sujetos se forman las normas básicas de comportamiento humano y las expectativas sociales.

En tal contexto los valores y las actitudes son transmitidos a las generaciones futuras proporcionando un sentido de tradición y persistencia; el núcleo familiar aporta sostén emocional y protección a sus miembros, facilitando su crecimiento y desarrollo, una función importante durante la adolescencia. De hecho a pesar de los distanciamientos y a veces comportamientos agresivos, el adolescente requiere del contacto y disponibilidad afectiva de sus padres (Horrocks, 1997).

De acuerdo con Rice (1997), las inadecuadas relaciones y los constantes conflictos familiares parecen ser la principal causa de depresión en esta etapa, cuando

un adolescente se deprime en términos clínicos presenta cambios y sus manifestaciones observadas son la ruptura con el comportamiento previo de forma abrupta o progresiva.

En términos de características un adolescente esta en riesgo de asumir depresión cuando es solitario, triste, libertino, violento, impulsivo, tiene dificultades escolares, dificultades de aprendizaje, ideas suicidas, consumo de sustancias psicoactivas (spa), es poco comunicativo, y con distanciamiento familiar. Más puntualmente desde un enfoque psicológico identificar un adolescente en riesgo implica estudiar sus habilidades cognitivas, los estilos de personalidad y sus posibles trastornos, la autoestima, la depresión y las diferencias en las atribuciones de causalidad.

Desde un enfoque cognitivo se analizan principalmente las maneras en las que el sujeto, en este caso adolescente, percibe las situaciones; los adolescentes desde su egocentrismo construyen fabulas personales en las que no se auto perciben como expuestos a ningún riesgo en particular. Estas historias anulan en ellos, el principio de realidad y los lleva a actuar como si esta no existiera o no importara (Elkind, 1992).

Fischhoff (1992) refiere cinco fases que debería desarrollar el adolescente para tomar una decisión, a fin de lograr la comprensión de los comportamientos.

- Identificar opciones posibles.
- Identificar consecuencias posibles.

- Evaluar lo que se desea y sus posibles consecuencias.
- Evaluar las probabilidades de que tales consecuencias ocurran.
- Combinar toda la información disponible y decidir la acción o tomar la decisión.

Ahora bien teniendo en cuenta que los procesos decisorios son similares en adultos y en adolescentes, el contenido de los componentes puede ser diferente. Los adolescentes tienen menos experiencias de vida, pueden estar más presionados por sus pares y suelen comportarse, de manera más sesgada (Keating, 1990).

Tomar decisiones siendo adolescente, implica tener en cuenta la influencia familiar, grupo de pares, medios de comunicación, normas, valores y creencias del contexto socio cultural en el que se habita. Cabe señalar que los modelos parentales juegan un papel importante debido a su efecto modelador y mediador de construcción de la identidad. Investigaciones sobre el tema revelan que cuando los padres tienen actitudes permisivas hacia el consumo de drogas, por ejemplo, los hijos se inician más tempranamente en él.

Contrario a ello, está definido que los adolescentes que cuentan con apoyo afectivo y se sienten aceptados en sus núcleos familiares, tiene menos probabilidades de consumir drogas, de iniciar su vida sexual muy temprana y/o de manifestar comportamientos depresivos. La ausencia de conflictos familiares serios esta

inversamente relacionada con el hecho de que los hijos estén comprometidos en acciones de riesgo.

Cabe mencionar el enorme efecto que tiene el grupo de pares o amigos sobre los denominados comportamientos de riesgo; el adolescente sin discriminar sexo tiende a comportarse de manera requerida por los líderes de su grupo de pares (Casullo, 1998).

A medida que la familia incrementa su interrelación, necesita un proceso de construcción de identidad, un proceso que le permita a cada uno de sus integrantes sentirse óptimo y propio de ella, y no ajeno y desconocido; la práctica familiar no la establecen los acontecimientos en si mismos, sino la interpretación que se da acerca de ellos. Es decir afecta menos lo que ocurrió y mas la forma en que se vive lo sucedido, ya que a lo largo de la tradición de vida individual, cada miembro de la familia establece un esquema cognitivo-afectivo de familia ideal, que se mantiene a partir de las prácticas internas y externas, propias y observadas, vividas e imaginadas por cada uno (Gimeno, 1999).

Ahora bien, teniendo en cuenta que un alto número de sujetos se hallan, durante su existencia, inmersos en un tejido de relaciones sociales que de una u otra forma se entrelazan con redes familiares; es necesario resaltar la importancia del núcleo familiar dentro del desarrollo de cada sujeto. Es la familia no sólo a partir del punto de vista biológico, sino también desde el ángulo social, el eje esencial del ciclo vital, según la familia se desenvuelve la existencia como personas y se certifica la

secuencia de la sociedad de generación en generación. Esta importancia de la familia se mantiene firme en el proceso evolutivo de cada sujeto, aunque se considera más necesaria en la infancia y la adolescencia. Orizo y Elzo (2000), afirman que el 70% de los adolescentes consideran que la familia es una institución muy importante, por encima del trabajo, los amigos, el tiempo de ocio, los estudios, la vida sexual, la política y hasta la religión.

Se puede deducir de este dato que, si bien en el período de la adolescencia es indudable que nuevas expectativas y nuevas relaciones sociales obtengan mayor relevancia que en etapas anteriores de la vida, el valor de la familia no se disuelve, ésta continúa siendo un referente esencial y determinante en la vida del adolescente (Musitu y Cava; 2002).

5. 2 Familia

Con todo lo anterior conviene hacer una descripción mas definida de la familia, cabe precisar ¿que se concibe como familia?, puntualizar las funciones que el sistema familiar desempeña y así mismo profundizar en los desarrollos y las relaciones que tienen lugar en ella, principalmente cuando uno de los miembros llega a la edad adolescente, factores referentes a la comunicación familiar y la resolución de conflictos entre padres e hijos, así como aclarar la importancia del apoyo y afecto de la familia para el buen ajuste psicosocial de sus miembros adolescentes.

Aunque la importancia de la familia es indiscutible, su definición puntual aun está en discusión y es que la pluralidad de estructuras familiares es tan amplia que resulta extremadamente difícil establecer una definición que abarque todas ellas; muchas de las definiciones dadas a lo largo de la historia no reflejan adecuada y exhaustivamente la dinámica familiar de la sociedad actual ya que soslayan otras formas familiares que poco a poco, están abandonando la excepción para convertirse en norma (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

En términos generales se asume que las funciones esenciales y globales de la familia provienen del campo biológico y se constituyen en los niveles cultural y social. Comprende entre otras el bienestar económico estableciéndose como unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos. A este tipo de familia se le denomina “nuclear”: un grupo vinculado por estrechos lazos emocionales con un alto grado de privacidad doméstica y preocupado por la crianza de los menores; conformada por padre, madre e hijos (Gimeno, 1999).

Paralelamente a estas definiciones los psicólogos de familia aportan algunas enunciaciones que destacan como elemento esencial el tipo de interacciones que tiene lugar en el seno de la familia. Desde este punto de vista la familia ha sido definida como “un sistema de relaciones fundamentalmente afectivas en el que el ser humano permanece largo tiempo y no un tiempo cualquiera de su vida, sino el compuesto por fases evolutivas cruciales como la infancia y la adolescencia” (Nardone, Giannotti y Rochii, 2003 citados por Musitu y Cava, 2002).

Un estudio realizado en el 2000, concluye que para el adolescente la familia se define básicamente por orden de importancia de acuerdo a afecto, convivencia, lazos consanguíneos y apoyo emocional; la expresión de afecto y apoyo parecen jugar un papel muy importante en lo que se entiende por familia (Simón, 2000; citado por Musitu y Cava; 2002).

Es decir más significativo que la familia especificada, es la familia percibida, aquellas personas que se consideran familia en sentido próximo, con los que se comparten vínculos afectivos e intimidad, aquellos en quienes se confía más allá del tiempo, de la distancia y más allá de lazos de sangre. Ese ente que se considera familia es el punto donde se crean los primeros y decisivos proyectos de vida, donde se comunica un conocimiento que más que información, es sabiduría, porque en ella se transmite una sensatez que concierne a los asuntos esenciales de la vida humana, que enlaza lo cognitivo con lo emocional y que es producto innegable de la experiencia vivida por los mayores (Horrocks, 1997).

Tal vez, la distinción más mencionada de tipos de familia es la que hace referencia a la familia extensa y a la familia nuclear o conyugal. La familia extensa es aquella que alcanza una línea de descendencia y que encierra como miembros de la unidad familiar, todas las generaciones; este tipo de familia admite la máxima expansión posible del conjunto familiar. El segundo tipo de familia, la familia nuclear o conyugal, como se mencionó anteriormente se constituye por el esposo, la esposa y los hijos no adultos; cuando los hijos alcanzan la edad adulta y forman familias propias, el núcleo familiar regresa a la pareja conyugal que lo formó inicialmente;

también es posible que otro pariente resida en el hogar, como los progenitores de los cónyuges (Gimeno, 1999).

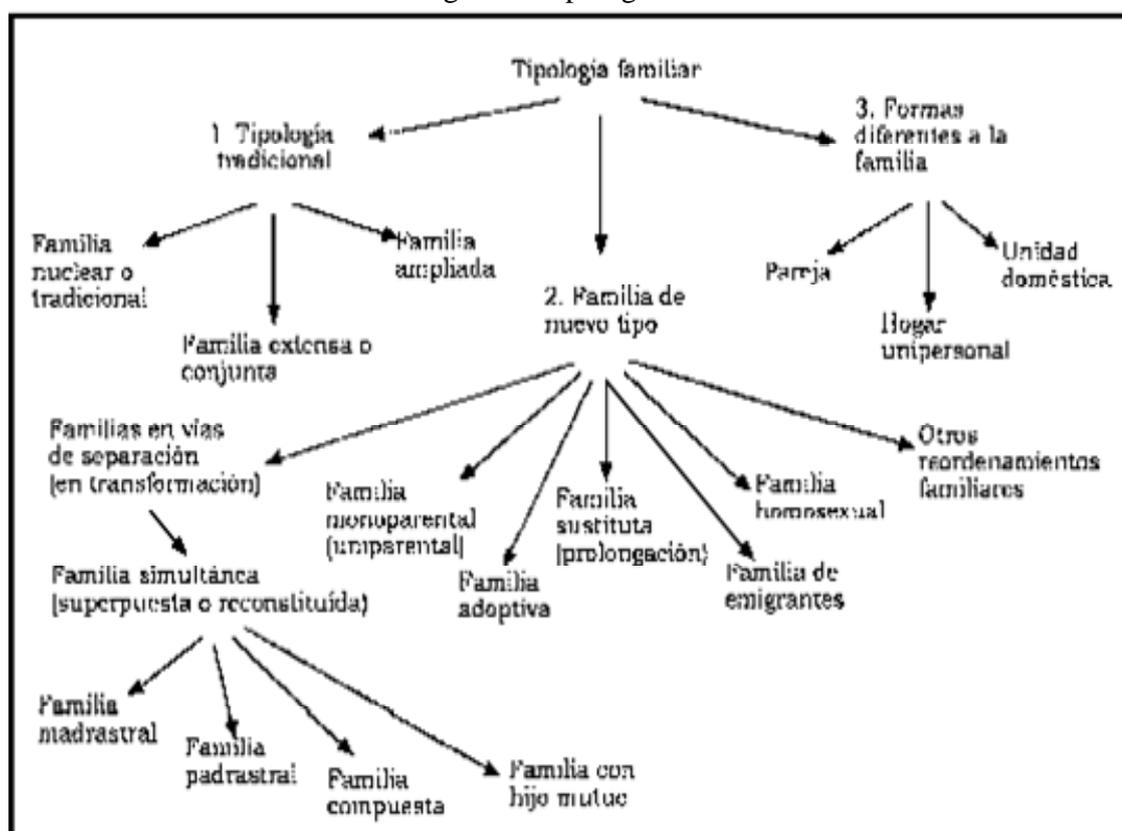
Verdaderamente la proporción de hogares que representan este modelo nuclear ha disminuido notablemente en las últimas décadas para dar paso a una mayor diversidad de formas familiares. La imagen tradicional de la familia como un hogar formado por el padre y la madre con varios hijos ha perdido fuerza para dar lugar a nuevas formas de convivencia que resultaban excepcionales hace treinta o cuarenta años, y que son cada vez más habituales, como por ejemplo las parejas gays, las familias reconstituidas con hijos de uniones anteriores, las familias monoparentales y las familias que viven en cohabitación (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

En términos puntuales esas familias actuales se definen de la siguiente manera: **familia en cohabitación**, se refiere a la convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio; aunque en ocasiones este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición previa al matrimonio. **Hogares unipersonales**, compuesto por una sola persona, normalmente jóvenes solteros, adultos separados, divorciados o ancianos viudos. **Familias monoparentales**, constituida por un padre o una madre que no tiene pareja y vive al menos con un hijo menor de dieciocho años. **Familias reconstituidas**, familia que después de una separación, divorcio o muerte del conyugue, se rehace con el padre o

la madre que tiene a cargo los hijos y el nuevo cónyuge (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Figura No. 1 *Tipología familiar*

Figura 1. Tipología Familiar



Parece ser entonces que en la sociedad hay una tendencia creciente a que la familia sea un sistema social diversificado en el que conviven tipologías bien distintas, lo que dibuja un panorama familiar muy diferente y desde luego mucho más

plural, al de unos años atrás. Al considerar las causas de esta diversidad familiar son múltiples los factores que pueden destacarse (cambios sociales, económicos, legales, demográficos y culturales), el descenso vertiginoso de los índices de natalidad con sus implicaciones en el tamaño familiar y en el proceso de formación de nuevas familias, el incremento de los divorcios, el aumento de los nacimientos extra

matrimoniales y la creciente proliferación de relaciones de convivencia no institucionalizadas o ajenas a la forma tradicional de familia conyugal- familias monoparentales y familias sin hijos (Gimeno, 1999).

Se puede afirmar entonces que las familias actuales se diferencian de las familias de algunos años atrás, no sólo en la diversidad de formas familiares, sino también en los nuevos valores y normas de comportamiento que estas han adquirido; se destacan como valores actuales de la institución familiar, la libertad, el bienestar, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia con la diversidad, el individualismo, la privacidad y los modelos de felicidad. Estos valores y estas nuevas formas familiares reflejan transformaciones pero también continuidad y su sentido no es el cambio como tal, sino que en su interior se movilizan unos recursos que cumplen unas determinadas funciones indispensables para el bienestar psicosocial de los seres humanos (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

No obstante la familia sigue siendo la única institución que cumple simultáneamente varias funciones claves para la vida de la persona y también para la vida en sociedad. En términos conceptuales una familia funcional es aquella que

posee unos límites claros y que respeta la independencia funcional y emocional de sus miembros, reconoce que cada individuo asume una percepción de la realidad, una conducta y una vida emocional propias, que si bien perturban al resto de la familia no se generalizan sin distinción, ni irrumpen en los otros. En contraposición las familias disfuncionales desconocen los límites, los confunden e invalidan y desautorizan la identidad individual, en lo cognitivo, lo conductual y lo emocional (Barbarin, 1992. citado por Gimeno, 1999).

Actualmente es evidente que la familia sigue cumpliendo una función económica importantísima, de hecho el hogar familiar es una unidad económica, es necesario tener presente además que la familia se caracteriza entre otras cosas por poner sus recursos en común, pues es la red de parentesco familiar sin duda la mejor red de protección social.

Otra característica fundamental de la familia es su capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el afecto y el apoyo, con un claro efecto positivo en el bienestar psicológico de todos sus integrantes. En este sentido Musitu, Román y Gutiérrez (1996) sostienen que la familia, a través de las relaciones de afecto y apoyo mutuo entre sus miembros, cumple varias funciones psicológicas para las personas; así, por ejemplo, mantiene la unidad familiar como grupo específico dentro del mundo social, genera en sus integrantes un sentido de pertenencia y proporciona un sentimiento de seguridad, contribuye a desarrollar en sus miembros una personalidad eficaz y una adecuada adaptación social promoviendo la auto estima y la auto confianza, permite la expresión libre de sentimientos y establece

mecanismos de socialización y control del comportamiento de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres.

Para comprender a cabalidad el proceso de socialización es crucial establecer una distinción entre los objetivos de socialización, las prácticas utilizadas por los padres para ayudar a sus hijos a alcanzar esos objetivos y el estilo parental de los padres.

Así, el estilo parental se puede definir como una constelación de actitudes hacia el hijo, que consideradas conjuntamente, crean un clima emocional en el que se expresan las conductas de los padres. Estas conductas contienen aquellas que facilitan o dificultan alcanzar un objetivo de socialización, los cuales incluyen la adquisición de habilidades y conductas específicas del hijo (sociales y académicas), así como el desarrollo de cualidades más globales (la curiosidad, la independencia, el pensamiento crítico entre otras). Lógicamente, estos aspectos de socialización familiar no son universales, sino que se encuentran íntimamente relacionados con el contexto cultural en el que se integra la familia. Los valores y normas culturales determinan la conducta de los padres y el modo en que los hijos interpretan esta conducta y organizan la suya propia (Gimeno; 1999).

La mayoría de las investigaciones acerca de los estilos parentales destacan dos dimensiones o factores básicos que explican la mayor parte de la variabilidad de la conducta disciplinar y aunque cada autor utiliza distintos términos, la similitud de las dimensiones propuestas es notable, pudiendo unificarse en los términos apoyo

parental (afecto y cariño versus hostilidad) y control parental (permissividad versus rigidez). En función de estos dos factores, se han descrito distintas tipologías de estilos disciplinares, a partir de ellas es posible analizar los antecedentes y consecuentes de las diversas formas de socialización en los hijos (Horrocks; 1997).

Uno de los primeros acercamientos al estudio de los estilos parentales es realizado por Erikson (1963), quien destacó dos dimensiones de análisis en las conductas paternas de socialización: Proximidad / distancia, que se refiere a la cantidad de afecto y aprobación que los padres dan a sus hijos y Permissividad / restricción, que hace referencia al grado en que los padres limitan las conductas y expresiones de sus hijos. Erikson considera que ambas dimensiones son relativamente independientes, puesto que un padre puede ser muy cálido y a la vez restrictivo, igualmente una madre puede ser fría y muy permissiva. Estas dos dimensiones propuestas se han ido desintegrando con el paso del tiempo, dando lugar a nuevas tipologías (Horrocks; 1997).

Recientemente Musitu y García (2001) propusieron una nueva tipología de estilos de socialización parental que pretende incorporar las aportaciones de los estudios anteriores. Esta tipología se establece a partir de las dimensiones implicación/ aceptación y coerción/imposición; los padres con altos niveles de implicación/aceptación muestran afecto y cariño a su hijo cuando se comportan adecuadamente y en caso que su conducta no sea la correcta tratan de dialogar y razonar con él, acerca de lo poco adecuado de su comportamiento. Por el contrario, los padres con bajos niveles de implicación/aceptación suelen mostrar indiferencia

ante las conductas adecuadas de sus hijos y cuando la conducta de estos es inadecuada, no razonan con ellos ni les expresan sus opiniones o juicios; estos padres se muestran, por tanto, muy poco implicados con el comportamiento de sus hijos (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Es probable que algunos de estos padres poco implicados utilicen técnicas coercitivas con sus hijos cuando estos se comportan de modo incorrecto. De hecho la segunda dimensión coerción/imposición, es independiente del grado de implicación de los padres, así un padre puede mostrar implicación y aceptación hacia su hijo y, al mismo tiempo, ser coercitivo o no con él. De este modo los padres con altos niveles de coerción/imposición, cuando el hijo no se comporta como ellos desean, e independientemente que razonen o no con él, tratan de coaccionarle para que no vuelva a realizar esa conducta. La coacción puede ser física, verbal o puede consistir en privarle de alguna cosa de la que normalmente disponga y sea de su agrado total (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

A partir de las dimensiones implicación/aceptación y coerción/imposición Musitu, Román y Gutiérrez (1996) formulan cuatro estilos parentales:

1) Estilo autorizativo o democrático, se caracteriza por una alta aceptación/implicación y una alta coerción/imposición, los padres que se clasifican en este estilo suelen mostrar agrado a sus hijos cuando se comportan adecuadamente, son buenos comunicadores y fomentan el dialogo, respetan a sus hijos y los escuchan.

Cuando el hijo se comporta de forma incorrecta, estos padres combinan la utilización del dialogo y el razonamiento con la coerción y el control.

2) Estilo autoritativo, se identifica por la baja implicación/aceptación del hijo y el alto nivel de coerción/imposición, estos padres son muy exigentes con sus hijos y al mismo tiempo muy poco atentos a sus necesidades y deseos. Su comunicación es mínima unilateral de padres a hijos y suele expresarse en términos de demanda, los padres autoritativos valoran la obediencia e intentan modelar, controlar y evaluar la conducta y actitudes del hijo, generalmente son indiferentes a las demandas de sus hijos en cuanto apoyo y atención.

3) Estilo indulgente, se define por una alta aceptación/implicación y un bajo grado de coerción/imposición, estos padres son tan comunicativos con sus hijos como los padres autoritativos, pero cuando el hijo se comporta de manera incorrecta no suelen utilizar la coerción y la imposición, sino que utilizan el diálogo y el razonamiento como instrumentos para establecer los límites.

4) Estilo negligente, especifica una baja aceptación/implicación y un bajo nivel de coerción/imposición de normas, se trata de un estilo donde prima la escasez tanto de afecto como de límites, este estilo de padres otorga demasiada independencia a sus hijos, no sólo en los aspectos materiales sino también en los afectivos. Cuando los hijos se comportan de modo adecuado se mantienen indiferentes, y cuando transgreden las normas no dialogan con ellos, ni tampoco restringen su conducta mediante la coerción/imposición, estos padres a lo sumo supervisan la conducta de

sus hijos, no interactúan ni dialogan con ellos, son poco afectivos y están poco implicados en su educación.

Ahora bien es importante señalar que todas las familias y todos los padres y madres comparten algún rasgo de los estilos parentales, aunque, por supuesto, pueden producirse desplazamientos de un estilo a otro en una misma familia en función de las circunstancias, las necesidades, el estado de ánimo paterno y el momento evolutivo del hijo. No obstante, haciendo la salvedad de que puede haber variaciones, que toda tipología es una simplificación y que las familias prototipo o los tipos puros no existen, es cierto que al observar las regularidades existentes en las conductas y normas de cada familia, sí podemos situarlas más próximas a un estilo que a otro. De la misma manera vale la pena destacar, que a pesar de las distintas denominaciones de los estilos parentales, todas las dimensiones y tipologías existentes en la literatura científica tienen mucho en común, lo que hace pensar que las dimensiones disciplinares podrían tener una considerable generalidad transcultural (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Son numerosos los trabajos que se han centrado en estudiar la asociación entre un determinado estilo parental y las consecuencias derivadas o el efecto producido en el ajuste psicosocial del hijo. De tal manera que a los progenitores autoritarios les correspondería tener unos hijos conflictivos, irritables, descontentos y desconfiados; a los padres permisivos unos hijos impulsivos y agresivos; y a los padres democráticos unos hijos enérgicos, amistosos, con gran confianza en sí mismos, alta autoestima y gran capacidad de autocontrol. En definitiva la idea que se desprende de los estudios

es que tanto el autoritarismo total como la permisividad total producen efectos no deseables y además estos efectos negativos se incrementan cuando existe distancia y frialdad en las relaciones afectivas entre padres e hijos (Horrocks; 1997).

En líneas generales, la investigación en torno a las distintas consecuencias de los estilos parentales en los hijos, ha mostrado que el estilo autorizativo se encuentra más relacionado con el ajuste psicológico y conductual de los hijos, la competencia y madurez psicosocial, la elevada autoestima, el éxito académico, la capacidad empática, el altruismo y el bienestar emocional (Steinberg, Mounts, Lambort y Dornbusch, 1991; citados por Horrocks; 1997).

Paralelamente, se ha comprobado que los adolescentes provenientes de hogares autoritarios presentan problemas de autoestima y de interiorización de las normas sociales; en general, se caracterizan por la baja competencia interpersonal, la utilización de estrategias poco adecuadas para hacer frente a los conflictos, los malos resultados académicos y problemas de integración escolar. La disciplina excesivamente rígida de los padres es uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente relacionados con los problemas de conducta. En este sentido se ha constatado que la utilización excesiva del castigo físico en detrimento de prácticas más democráticas, aumenta la probabilidad que el adolescente se implique en comportamientos de carácter delictivo (Castells y Silber, 2003).

Por otro lado los adolescentes provenientes de hogares negligentes, son por lo general, los menos competentes socialmente y los que presentan más problemas de

comportamiento y agresividad; se ha constatado que las experiencias infantiles de negligencia y maltrato físico y/o emocional pueden desencadenar posteriormente un comportamiento antisocial y/o delincuente. Este estilo parental también puede ocasionar en el adolescente problemas de ansiedad y depresión, baja autoestima y falta de empatía con otros adolescentes (Castells y Silber, 2003).

Finalmente, algunos investigadores señalan que los adolescentes pertenecientes a hogares permisivos no parecen haber interiorizado adecuadamente las normas y reglas sociales, presentan más problemas de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración, dificultades escolares y un mayor consumo de sustancias (Castells y Silber, 2003). Sin embargo frente a este estilo de padres surge una fuerte controversia ya que otros autores como Musitu, sostienen que estos adolescentes muestran una elevada autoestima y autoconfianza, un ajuste psicológico y social tan bueno como aquellos adolescentes provenientes de hogares autoritativos (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Ahora bien los conflictos entre padres e hijos adolescentes, se dan fundamentalmente en temas de relevancia menor y cuestiones triviales de la vida diaria como por ejemplo la hora de llegada a la casa, la forma de vestir, las tareas del hogar, las responsabilidades escolares, el comportamiento en la escuela, las compañías, las amistades, la cantidad de dinero que este recibe y el uso que da, la utilización del tiempo libre y ocio, y las relaciones afectivas. De hecho temas como la sexualidad, la política, la religión o las drogas, no suelen aparecer con frecuencia en

las discusiones de padres e hijos aunque cuando se presentan pueden ocasionar conflictos (Horrocks; 1997).

En esta medida algunos adolescentes hacen una distinción entre padre y madre al momento de tratar diferentes temas, las madres suelen ser mas abiertas a la hora de escuchar problemas y sentimientos. No obstante, algunos adolescentes suelen manifestar mayor conflicto con la madre que con el padre, aunque al mismo tiempo declaran tener con ella más interacciones positivas.

Un estudio realizado por Musitu y Cava (2001) señala los principales motivos de conflicto familiar; en cuanto al padre este reconoce estar fundamentalmente preocupado por los estudios, los gastos de los hijos y los problemas de comunicación con ellos. La madre indica que las tareas del hogar son las que generan un mayor conflicto; y padre y madre coinciden en temas como el aprovechamiento del tiempo libre, el ocio, los horarios de llegada a la casa, las amistades y las relaciones sexuales. Los hijos (hombres) destacan como principales temas de conflicto, el rendimiento escolar, las peleas entre hermanos y los problemas derivados de la elección de las amistades. Mientras que las hijas (mujeres) otorgan una gran importancia a los temas relacionados con la sexualidad y con los horarios de vuelta a casa los fines de semana, se quejan mas frecuentemente de la incomprensión de los padres hacia ellas (Musitu y Cava; 2002).

Al referirse a los temas de conflicto familiar Musitu recalca dos ideas fundamentales; en primer lugar, cuando uno de los hijos alcanza la edad adolescente

es posible que aumenten los conflictos familiares y en segundo lugar, los conflictos familiares pueden resultar constructivos si se resuelven a través del diálogo y la comunicación abierta entre los miembros de la familia, pero si no se hace un adecuado manejo del conflicto y no existe una comunicación adecuada que facilite su resolución, pueden desencadenarse distintos problemas de ajuste en los hijos (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Tanto los problemas de comunicación familiar como la existencia de conflictos entre padres e hijos, se han asociado con distintos índices de ajuste en la adolescencia. La comunicación familiar positiva y fluida se ha relacionado con el bienestar psicológico, la elevada autoestima y el auto concepto positivo de los hijos adolescentes en distintas facetas como la emocional, la social y la académica. Y por el contrario, los problemas de comunicación y la interacción ofensiva e hiriente entre padres e hijos, se ha vinculado con el desarrollo de síntomas depresivos y problemas de comportamiento (Gimeno; 1999).

Al mismo tiempo la frecuencia de conflictos puede estar en el origen de algunos problemas de ajuste en los hijos, como la baja autoestima, la dificultad para establecer relaciones significativas con otras personas, el consumo de sustancias, la presencia de síntomas depresivos, el sentimiento de soledad y los problemas de conducta; estos se convierten en un estresor, ante el cual los padres reaccionan con un patrón negativo de interacción familiar. De la misma manera el clima familiar negativo genera síntomas depresivos y ansiedad en los hijos, estos problemas a su

vez, ejercen una influencia negativa en el sistema y en las relaciones familiares (Musitu, Román y Gutiérrez; 1996).

Con todo lo anterior, de manera puntual, se puede sostener que las relaciones de calidad entre padres e hijos que promueven el ajuste psicosocial del adolescente se caracterizan, por la existencia de canales efectivos de afecto y apoyo, comunicación familiar abierta y positiva, y prácticas parentales de socialización adecuadas, que ayuden a los hijos a respetar ciertos límites y aprender a controlar su propia conducta. Un contexto familiar con estas particularidades constituye el pilar fundamental sobre el que se forman jóvenes ciudadanos responsables y felices.

Por el contrario una relación distante o invasiva entre padres e hijos dificulta el ajuste de los menores a su grupo social y origina conflictos que pueden desencadenar trastornos psicológicos entre los cuales uno de los más frecuentes es la depresión. La cual se abordará de manera profunda en el siguiente apartado.

5.3 Depresión en Adolescentes

Para el siglo XIX difícilmente era considerada la depresión infantil, los autores de la época afirmaban que la tristeza y las preocupaciones infantiles constantemente eran triviales y momentáneas y que al mismo tiempo los niños no exhibían sentimientos de culpabilidad intensos, puesto que estos carecían de compromisos significativos. Más adelante con las diferentes investigaciones respecto

al tema la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió incluir explícitamente en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM. III) la presencia de depresión en la infancia, haciendo énfasis en que los síntomas principales del episodio depresivo mayor son similares en niños, adolescentes y adultos (APA, 1983; citado por Caballo y Simón, 2001).

Resulta complejo distinguir en los adolescentes los problemas psicológicos y de comportamiento que se alcanzan a considerar normales y aquellos que se inscriben entre lo patológico. De tal manera que la valoración debe ser realizada teniendo en cuenta el grado de evolución y desarrollo en cada ciclo de la adolescencia (temprano, medio y tardío) y de acuerdo a la forma en que se exterioriza (Ramallo y Navia, 1994).

Una de las manifestaciones más habituales que da muestra de un estado depresivo es la disminución o pérdida de los intereses habituales, la cual es descrita por interrupción de actividades frecuentes como deporte, cultura y otros pasatiempos que antes eran de agrado para el sujeto, no se interesa en nada, nada lo hace feliz, no tiene ganas de hacer nada, siempre está insatisfecho; El humor depresivo como las tristezas, vivencias dolorosas y sentimientos de desesperanza acompañan esta cadena de estado depresivo (Castells y Silver, 2003).

La disminución de la autoestima, exteriorizada en temor al fracaso, a perder el amor de los demás, acompañada de hipersensibilidad a los defectos y a las

imperfecciones; los sentimientos de culpa observados en vergüenza y acompañados de reproches como “soy malo, lo que hice es horrible, nadie me quiere, es mi culpa” las dificultades en la atención manifestadas y observadas en dificultad para pensar, para memorizar, para trabajar, son también señales que indican la presencia de depresión. Finalmente, es usual que estas señales se acompañen de trastornos en el patrón de alimentación evidenciados en la pérdida de apetito e inducción al vomito después de haber comido, trastornos en el patrón del sueño como insomnio, rechazo a acostarse y pesadillas. Incluso en algunas ocasiones se evidencian quejas somáticas, descritas por dolores o molestias físicas y signos de ansiedad como miedos y temores nocturnos (Castells y Silver, 2003).

Estas quejas somáticas no sólo afectan al sujeto que las está viviendo sino también al núcleo familiar o quienes conviven con el, no debe olvidarse que no sólo sufre el deprimido sino también su familia.

Habitualmente la familia no entiende lo que está pasando, ya que aparentemente no hay motivo para estar deprimido; por tanto en esta etapa es fundamental la adopción de una posición comprensiva y abierta, que facilite el desarrollo del diálogo, restableciendo la objetividad poco a poco; el deprimido suele asumir una especial sensibilidad para los aspectos tristes, siendo incapaz de ver los positivos (Castells y Silber, 2003).

Hay que recordar que la adolescencia, al igual que la niñez, es un período de cambio constante en lo físico, lo emocional y lo psíquico. De acuerdo a lo

manifestado por la psiquiatra infantil de la Universidad de Sevilla, Rafaela Caballero, entre un 20% y un 35% de los niños expuestos al divorcio o algún tipo de separación física de sus padres, van a presentar problemas emocionales y un 10% de éstos continuará con secuelas en su vida adulta. Para corroborar esta información la doctora Rafaela presentó la siguiente escala (Castells y Silber, 2003):

0 a 6 años: perciben el divorcio como una separación física e incluso llegan a pensar que con su conducta han influido en la separación de sus padres.

6 a 8 años: saben lo que significa el divorcio y perciben el conflicto que existe entre sus padres. Aunque ya no piensan en que su conducta pudo haberlo provocado, tienen un conflicto de lealtad, porque quieren por igual a padre y madre y no saben a quién de los dos elegir.

9 a 12 años: tienen una comprensión psicológica del divorcio. Ya saben que el problema es de sus padres, pero tienden a alinearse con alguno de los dos.

12 a 14 años: entran en un período en el que ya es difícil que se les engañe con el tema del divorcio.

15 a 18 años: lo que intentan es quitarse de en medio y desmarcarse de esa situación (Castells y Silber, 2003).

Aunque las problemáticas parecieran estar resueltas y las crisis culminadas, muchos niños no superan las dificultades de la infancia; incluso los problemas en los

niveles tempranos de desarrollo logran tener un impacto negativo perdurable sobre la adaptación familiar, laboral y social posterior. De hecho ciertas manifestaciones de psicopatología infantil como el trastorno disocial, anuncian en gran medida una serie de comportamientos negativos a nivel psicosocial, educacional y de salud en la adolescencia y en la vida adulta (Capsi y Moffit, 1995; citados por Caballo y Simón, 2001).

Generalmente la relativa secuencia o interrupción entre las psicopatologías infantiles y las adultas se determina según el trastorno. Ciertos trastornos como el retraso mental y el autismo, son condiciones crónicas que permanecen y se extienden durante el desarrollo; mientras que trastornos como la esquizofrenia y la depresión, sobrevienen con situaciones relativamente diferentes tanto en la infancia como en la adolescencia y exhiben diferentes grados de continuidad a lo largo del tiempo (Caballo y Simón, 2001).

Los elementos que subyacen a la relación entre los trastornos infantiles y la conducta adulta disfuncional son extensos y pueden impactar de forma directa e indirecta. Los conflictos en la edad temprana o en la adolescencia están relacionados directamente de formas diferentes: 1. El desarrollo de un trastorno durante la infancia o la niñez que perdura a lo largo del tiempo. 2. Situaciones que afectan el desarrollo físico del niño dificultando el funcionamiento posterior. 3. Aprendizaje de patrones de conducta tempranos que si bien son funcionales durante la niñez pueden tornarse desadaptativos durante la adolescencia.

De forma indirecta los conflictos tempranos pueden encontrarse relacionados por: predisposiciones tempranas que interactúan con experiencias ambientales generando conductas inadecuadas; situaciones que favorecen la alteración de la autoestima o desencadenan pensamientos disfuncionales que generan dificultades posteriores (Caballo y Simón, 2001).

Las numerosas e interesantes discusiones en torno al trastorno afectivo que se conoce como depresión han estado muy condicionadas por lo que algunos autores entre ellos Nurcombe (1994) define como “confusión semántica”, teniendo en cuenta que el término en si mismo maneja varios significados y puede ser interpretado de diferentes formas, entre ellas:

- Un sentimiento, un estado emocional transitorio.
- Un estado de ánimo de determinada intensidad.
- Refiriéndose a una constelación psicodinámica, un sistema complejo integrado de ideas y sentimientos conscientes e inconsistentes referidos a una pérdida real o simbólica.
- En tanto síntoma, percepción subjetiva de un malestar.
- Como signo, indicadores observables en el comportamiento o conductas manifiestas.
- Como síndrome, conjunto integrado de signos y síntomas sin etiología evidente.

- Como un cuadro psicopatológico, en tanto se vincula el trastorno a anomalías específicas de tipo genético, patoquímicas, fisiopatológicas o estructurales.

En tanto síntoma, se le entiende como la expresión de un estado de ánimo decaído; una circunstancia anímica que está presente no sólo en la mayor parte de los cuadros clínicos, se cree que en el 80% de los casos de trastorno de ansiedad generalizada existe un estado anímico deprimido, sino también en la vida cotidiana de las personas “normales”.

Como síndrome incluye un patrón de síntomas y signos clínicos simultáneos como tristeza, apatía e inhibición, de etiología desconocida, que también puede estar presente secundariamente en muchas condiciones clínicas. Algunos autores señalan que existe un síndrome depresivo diagnosticable entre el 33% y el 65% de los pacientes cuyo diagnóstico principal es el de trastorno de ansiedad (Dubosky, 1990).

Desde una conceptualización más focalizada, la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión el conjunto de síntomas que componen un síndrome depresivo puede ser reducido a cinco grandes núcleos:

Síntomas anímicos: la disforia es el síntoma por excelencia de la depresión; están presentes al abatimiento, la pesadumbre, la infelicidad e incluso la irritabilidad. Sin embargo, es importante señalar que, en algunos casos, en las depresiones graves, el adolescente puede negar los sentimientos de tristeza, alegando que es incapaz de tener sentimiento alguno.

Síntomas motivacionales: la apatía, la indiferencia, la disminución de la capacidad de disfrutar, son junto con el estado de ánimo deprimido, síntomas importantes de depresión. Este tipo de síntomas constituyen lo que se denomina “retardo psicomotor”.

Síntomas cognitivos: la persona deprimida hace una valoración negativa de sí misma, de su entorno, y de su futuro.

Síntomas físicos: la aparición de cambios físicos es común y suele ser uno de los motivos de consulta más frecuentes: la pérdida del sueño, la fatiga, la pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede incluso acompañarse de dificultades en la erección. Son frecuentes las quejas acerca de molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.

Síntomas vinculares: una de las principales características de las personas deprimidas es el deterioro de sus relaciones con los demás; de hecho, un 70% dice

haber disminuido su interés por la gente. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que determina que se aislen más (Whybrow y col; 1984).

En general los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideación suicida, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, problemas de la memoria.

Un estudio realizado por la catedrática Edelmira Doménech, en la Universidad Autónoma de Barcelona (s.f) reconoce que la depresión en la infancia posee un extenso camino en la historia de la psiquiatría infantil. Las estadísticas de este grupo de trastornos varían mucho entre las investigaciones efectuadas. Así, se encuentra que en la población general se dan cifras de 0,3% en la edad preescolar, 1,8% de depresión mayor y 6,4% de trastorno distímico en escolares y 4,9% en adolescentes de 14 a 16 años, por lo que se logra identificar una tasa de depresión con aumento progresivo en función de la edad. Al mismo tiempo, de acuerdo a estas investigaciones se afirma que el origen de la depresión está en la interacción de factores ambientales, físicos y sociales, personales, biológicos y psicológicos (Castells y Silber, 2003).

Por razones que aun desconocemos, algunos desordenes psiquiátricos como la esquizofrenia y la depresión suelen aparecer por primera vez durante la adolescencia. Además, muchos problemas de este periodo, como la depresión, el abuso de

sustancias y los desordenes nutricionales tienden a ocurrir juntos. ¿Quién no conoce un adolescente con alteraciones del humor, o del estado de ánimo tendente a la depresión? Para empezar hay que recordar que el afecto depresivo es muy común en los adolescentes, el asilamiento, el encerrarse en si mismo, la inactividad y los accesos de pesimismo son frecuentes en esta etapa de la vida. En el fondo, estas actitudes evocan la forma de respuesta de la persona al peligro, en particular al de ruptura de los lazos de dependencia, que durante bastantes años han mantenido con su entorno sociofamiliar (Caballo y Simón, 2001).

Hay que considerar tres situaciones que podrían evocar en la adolescencia esta afección depresiva de base: en primera instancia el humor depresivo, que es el componente desvalorizado llevado sobre si mismo y puede representar una señal de alarma; en segundo lugar la situación a considerar es el aburrimiento, que se acompaña habitualmente de inhibición de los afectos, de la motricidad y de la actividad intelectual, y puede interpretarse como una defensa frente a la depresión; y finalmente como última característica está la morosidad, que implica lentitud y demora en las actuaciones con la aparente falta de energía para realizarlas (Castells y Silber, 2003).

Dichas manifestaciones no deben ser consideradas como síntomas de la depresión propiamente dicha, sino más bien como signos de advertencia. Realizar un diagnóstico de depresión en un adolescente es complicado, según Castells y Silber (2003), el especialista debe efectuar un diagnóstico comparativo con otros cuadros clínicos que logren parecerse a un estado depresivo, para este caso por ejemplo, el

síndrome de fatiga crónica en la adolescencia, que se manifiesta por un estado de agotamiento de duración superior a tres meses que aparece en un adolescente sano, sin ninguna alteración física o mental detectable, ni tampoco una causa conocida y cuyo tratamiento precisa de un abordaje multidisciplinario que incluye psiquiatra, maestro y psicoterapeuta.

En el ejercicio de la medicina, el término depresión, deviene del latín deprimere, que significa hundirse e involucra al menos tres definiciones. Puede señalar un estado de ánimo perturbado (comúnmente expresado como “estoy depre”); al mismo tiempo alcanza a referirse a un síntoma, que puede aparecer aislado en respuesta a una pérdida, como reacción al duelo, o bien formar parte de una determinada enfermedad física o mental, y por último puede describir un síndrome, que correspondería al episodio depresivo mayor. A partir del punto de vista práctico, los padres y educadores consiguen descubrir un cuadro depresivo, al notar un cambio inesperado en el comportamiento del adolescente, de hecho en ocasiones ese cuadro depresivo se halla oculto por el uso de alcohol y drogas, según Castells y Silber (2003), estos son algunos de los comportamientos que se pueden notar en un adolescente y que pueden dar cuenta de síntomas depresivos:

En el adolescente (hombre): comportamiento activo-agitado, rebeldía, irritabilidad, miedos, tendencia al aislamiento, inseguridad y agresividad en las relaciones sociales.

En el adolescente (mujer): comportamiento pasivo-inhibido, tristeza, excesiva obediencia, inhibición en las relaciones sociales, discreción y tranquilidad.

En términos generales los depresivos suelen experimentar una reducción de los sentimientos positivos como amor, placer, alegría, humor entre otros. De este modo es evidente que la depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos conductuales y fisiológicos, todos estos síntomas según el modelo Cognitivo de la depresión subyacen a los esquemas Cognitivos inadecuados, que a su vez provocan la triada cognitiva de la depresión (visión negativa del mundo, de sí mismo y del futuro). Así pues, algunos exponentes del modelo cognitivo, entre ellos Beck (1979), formulan tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión 1. La triada Cognitiva, 2. Los esquemas y 3. Los errores Cognitivos.

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que ubican al sujeto en función de sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del sujeto acerca de sí mismo. Este tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Según este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva, se ubica en la tendencia del sujeto a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Siente que el mundo le hace peticiones exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus

objetivos. El sujeto Explica sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Así pues estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa al sujeto construir las situaciones en dirección negativa, aun sabiendo que podría dirigirse a interpretaciones más plausibles.

Finalmente el tercer componente de la tríada cognitiva se refiere a la visión negativa acerca del futuro. Al proyectarse planes a futuro el sujeto espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Al desear hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Por otro lado y en cuanto a los esquemas cognitivos se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían la conducta y las emociones. Una serie de representaciones mentales de las experiencias en la vida, pero no copias elementales de lo sucedido sino más bien una experiencia organizada con sentido personal. La forma de pensar con la que se enfoca y experimenta la vida cada persona. En términos coloquiales "la interpretación de los hechos, el sentido". Y en términos psicológicos "la organización de la experiencia en forma de significados personales, que guía la conducta, las emociones, los deseos y las metas personales". Estos esquemas cognitivos son el resultado de las experiencias de aprendizaje de cada persona y están constituidos por los significados que tiene cada sujeto respecto del mundo y de si mismo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Ahora bien los pacientes con depresión leve, habitualmente están en capacidad de observar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad, al hacerse mas grave la depresión o pasar a un nivel mas alto, los pensamientos se encuentran mas dominados por ideas negativas, en los estados depresivos severos, el pensamiento del paciente se encuentra totalmente sujetado a los esquemas idiosincrásicos y con frecuencia comete los siguientes errores en el procesamiento de la información:

Inferencia arbitraria: sobreponer o adelantar una conclusión en ausencia de la evidencia.

Abstracción selectiva: fijarse sólo en un detalle, sin tomar en cuenta otras características más relevantes de la situación.

Generalización excesiva: construir un criterio o una conclusión teniendo en cuenta uno o varios hechos aislados.

Maximización y minimización: reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación y magnitud de un evento.

Personalización: acusarse a si mismo de fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista o dicotómico: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o varias categorías opuestas. Para describirse a si mismo el

paciente selecciona las categorías del extremo negativo (Beck, 1979; citado por Caballo y Simón, 2001).

Así pues, el modelo Cognitivo plantea que ciertas vivencias en edades tempranas dan pie a la formación de la triada cognitiva. Y afirma que esos conceptos negativos logran permanecer latentes y activarse por determinados eventos. Por ejemplo el divorcio de los padres puede activar el concepto de pérdida irreversible, asociado con la muerte de alguien cercano acontecida durante la infancia del individuo. Los síntomas de la depresión se determinan por una transformación o desviación de considerables principios de la naturaleza humana que gozan de una aprobación popularizada, como el instinto de supervivencia, los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento e incluso el instinto maternal.

Los factores desencadenantes de la depresión surgen de una pérdida real o percibida; mientras que en otros trastornos como la ansiedad, los factores están más relacionados con una amenaza o un peligro. Aunque existen varias maneras de interpretar una situación, la mayoría de los pacientes depresivos lo hacen de forma errada dando lugar a sentimientos y emociones distorsionadas. Ya que el modo de interpretar la situación influye sobre los sentimientos y la conducta (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Cuando se realiza una revisión bibliográfica sobre la depresión es usual encontrar el tema del suicidio como una situación ampliamente relacionada con esta patología. Los intentos de suicidio en los adolescentes son una de las expresiones mas

relevantes del sufrimiento humano y representan muchas veces la única forma posible de terminar con una situación intolerable (Castells y Silber, 2003).

La tendencia de los médicos y de la sociedad en general a minimizar los intentos de suicidio en los adolescentes, atribuyéndoles un carácter accidental o una intención manipuladora del entorno familiar, contrasta con la información de la que se dispone en la actualidad, en la cual se presenta este fenómeno como la segunda causa de muerte en la adolescencia. Las adolescentes son más tempranas en sus intentos de suicidio (entre 8 y los 14 años de edad), consumándose en muy pocos casos. Por el contrario, los adolescentes inician más tarde, hacia los 15 años, pero la mayoría se consuman. En el suicidio están implicados complejos factores, como la genética, patologías psiquiátricas, características de la interacción familiar y patrones sociales y culturales (Mardomingo, (S.F), citada por Castells y Silber, 2003).

La conflictividad familiar es una de las circunstancias biográficas más frecuentes en los niños y adolescentes que intentan suicidarse, de tal forma que la desestructuración y desorganización de la familia, junto con las alteraciones de la interacción de sus miembros, constituyen uno de los factores de riesgo fundamentales. Aproximadamente el 50% de los adolescentes que comenten un intento de suicidio refiere una situación conflictiva en su familia, de la cual se siente muchas veces responsable. Un 50% señala como motivo desencadenante del intento una discusión con los padres; le sigue en frecuencia el temor al castigo y el miedo a la separación de los padres después de una disputa entre ellos.

Las relaciones conflictivas con los padres, la falta de comunicación de estos con los hijos, la falta de atención, el desinterés por los problemas del adolescente, las críticas persistentes a su comportamiento, la frialdad afectiva, la falta de amor, el maltrato como método educativo y el aislamiento social de la familia; son características altamente significativas en los intentos de suicidio. De hecho la falta de apoyo personal y emocional por parte de la familia es claramente manifiesta en el 80% de los niños que intentan suicidarse, la figura paterna es fundamental en el desarrollo de las conductas suicidas del adolescente, la ausencia de este, unas veces por muerte, otras por separación o abandono, resulta ser un factor perturbador del desarrollo normal del niño desde los primeros años y es un antecedente en la historia de sujetos adultos que sufren depresión y conductas suicidas (Morris, 1997).

Ahora bien el tratamiento de este trastorno del estado de ánimo, que afecta según la Organización Mundial de la Salud, entre un 3 y 5 % de la población; se fundamenta en la intervención psicoterapéutica, con terapia familiar y/o individual y la administración farmacológica. Hay que puntualizar que ambos tratamientos se complementan, porque los modernos y eficaces fármacos antidepresivos facilitan los cambios clínicos del paciente y lo hacen más receptivo a las indicaciones de la psicoterapia (Ramallo y Navia, 1994).

5.3.1 Teorías explicativas

De manera puntual, en cuanto a las teorías cognitivo-conductuales cabe destacar los denominados modelos de la “indefensión aprendida” de Seligman (1981), el modelo reformulado de la indefensión aprendida y el denominado “modelo de la desesperanza”. Partiendo de numerosas investigaciones experimentales realizadas con animales, este autor postula la pérdida percibida del control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad, es decir que el sujeto pueda aprender que existe una independencia entre sus repuestas y las consecuencias ambientales.

Ello puede ser causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva, y esa expectativa puede obedecer a cualquiera de los factores siguientes: una historia de fracasos en el manejo de situaciones; una historia de reforzamientos que haya impedido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente (Casullo, 1998).

Abramson y col. (1989), basándose en las teorías de la atribución de la psicología social, postulan que el mero hecho de estar expuestos a situaciones que no se pueden controlar es insuficiente para desencadenar situaciones depresivas. Al experimentar esos hechos, las personas intentan una explicación sobre las causas de la incontrolabilidad, si en la explicación, la falta de control es atribuida a “factores internos”, se produce un descenso en la autoestima, lo que no ocurre si la explicación atribuye la causa a factores externos. Si la atribución de causalidad hace referencia a

factores estables, ello conduce a una expectativa de no control por parte del sujeto, relativa a situaciones futuras.

Cuando la atribución de causalidad hace referencia a factores que actúan de manera global, ello provocaría sensaciones de no poder controlar ningún tipo de situación futura; si el sujeto atribuye la falta de control a variables inestables y específicas se puede pensar en la génesis de problemas depresivos de corta duración, específica de la situación en cuestión.

Estos autores hacen referencia, también a un factor motivacional. La depresión sólo ocurriría en los casos donde la expectativa de incontrolabilidad esta referida a un suceso deseado o a la ocurrencia de un hecho altamente rechazado. Señalan la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva en lo que denominan la existencia de un “estilo atribucional depresógeno”: la tendencia atribuir los sucesos incontrolables y no deseados a factores internos, estables y globales, presente en las personas proclives a la depresión y ausente en otro tipo de individuos. También revisaron las propuestas hechas diez años atrás en el intento de poder resolver tres tipos de deficiencias:

- No presentar una teoría articulada de la depresión.
- No incorporar los hallazgos de la psicopatología referidos a la heterogeneidad de la depresión.

- No incorporar datos significativos obtenidos por la psicología social y de la personalidad en los últimos años.

Para resolver lo que se indica en la no presentación de una teoría articulada de la depresión, se refiere a una cadena de causas cercanas y lejanas que incrementan la posibilidad de la depresión y culminan con la desesperanza. La cadena causal se inicia con la ocurrencia de sucesos vitales negativos.

En cuanto a la deficiencia indicada de los hallazgos psicopatológicos, se postula una nueva categoría nosológica, la depresión por desesperanza, definida fundamentalmente por su causa: la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión acerca de la posibilidad de cambiar la probabilidad de ocurrencia del hecho (Abramson y col. 1989).

Un agregado importante al modelo de 1978 es reconocer que, además de las atribuciones, la desesperanza puede ser una consecuencia de las conclusiones que una persona obtenga de un suceso negativo, por ejemplo, si se suspende una fiesta de cumpleaños por mal tiempo y poco dinero (factores inestables y específicos), las graves consecuencias de este hecho podrían bastar para provocar una situación de desesperanza; del mismo modo se plantea la posibilidad de que factores tales como la carencia de redes de apoyo social actúen como antecedentes de la desesperanza (Casullo, 1998).

El modelo más conocido en términos de procesamiento de información es el planteado por Beck, de enorme riqueza conceptual basado en su experiencia clínica. Para este autor las alteraciones emocionales aparecen en las personas que tienen una visión negativa y errónea de la realidad. La visión errónea se basa en actitudes disfuncionales poco realistas. Poseen esquemas distorsionados que permanecen latentes en la memoria hasta que se activan frente a sucesos estresantes.

Beck, (1987) sugiere que existen al menos dos tipos generales de esquemas que tiene relación con dos dimensiones depresógenas de la personalidad: sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que suponen una alta valoración de las relaciones interpersonales, y una gran dependencia de las normas sociales en el momento de juzgar la propia conducta.

Los esquemas autónomos incluyen actitudes que valorizan la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación. En función de ello, es posible hablar de hechos estresantes para cada tipo de esquemas. Una vez activados, los esquemas orientan y canalizan, como si fueran filtros, el procesamiento de la información.

Los modelos cognitivos-conductuales se centran en la variación personal de las interacciones entre personas y situaciones, y hacen referencia a procesos y estructuras cognitivas en sus intentos de conceptualizar la depresión.

Por una parte, cabe referirse a los denominados modelos de autocontrol, centrados en el análisis de los procesos de regulación de las conductas, que suponen la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas que incrementan la expresión de comportamientos humanos dirigidos al intento de lograr metas a largo plazo.

Una de las propuestas más interesantes es el modelo de la autoeficacia, de Bandura (1986). Este autor habla de lo que denomina expectativas de resultado, es decir las creencias que tienen los sujetos acerca de que determinadas conductas harán posible lograr determinados resultados, y expectativas de eficacia es decir las creencias referidas a que es posible ejecutar exitosamente el comportamiento necesario para poder lograr determinados resultados.

La causa de la depresión esta determinada por la presencia de:

- 1) Bajas expectativas de eficacia.
- 2) Altas expectativas de resultado.
- 3) Una valoración muy elevada de los resultados esperados.

El automenosprecio crónico es, para Bandura, el rasgo central de la depresión. Pero no habla de un proceso único mediante el cual se puede llegar a esta situación.

Las teorías expuestas en esta apartado permiten identificar un trastorno con profundas implicaciones emocionales, en el cual se ven afectados no sólo el paciente,

sino la familia y el contexto general. Los datos aquí referenciados son considerados insumo básico para la realización de la presentación de resultados y la discusión

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de investigación

Esta investigación se considera de tipo no experimental, puesto que no se manipulan variables y la función del investigador es observar el fenómeno tal y como se presenta en su contexto natural, para después analizarlo. No existen condiciones ni estímulos a los que se expongan los sujetos de la investigación, estos son observados en su ambiente natural y en su realidad (Hernández, Fernández y Baptista. 1991).

Para la presente investigación no se creará escenario alguno, no se inducirán situaciones, sino que el fenómeno será observado tal y como se presenta; es decir se efectuará una descripción de las características de la familia para posteriormente realizar la correlación de dichas características con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes (Grau, Correa y Rojas. 1999).

6.2 Diseño

Esta investigación tiene un diseño transversal correlacional, en tanto se pretende establecer la relación entre dos variables en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista; 1998). Es decir se intentará establecer la relación entre el contexto familiar y la adquisición de conductas propias de la depresión.

Sin embargo es importante resaltar que el análisis que pueda surgir de dicha relación sólo otorgará una explicación parcial de la variable dependiente, puesto que no se controlarán otras situaciones que puedan estar implicadas en el fenómeno de la depresión en los adolescentes.

Este tipo de investigación permite realizar descripciones no de variables individuales sino de sus relaciones que inicialmente pueden ser consideradas como correlacionales, pero posteriormente podrán ser asumidas como relaciones causales. Se debe tener en cuenta que la causalidad implica correlación pero no toda correlación significa causalidad (Hernández, Fernández y Baptista; 1998).

6.3 Población

La unidad de análisis de esta investigación serán los adolescentes entre los 12 y 18 años de edad que pertenecen al colegio Nuestra Señora de Guadalupe del municipio de Dosquebradas. Identificados por el psicólogo y algunos docentes de la institución con características depresivas.

6.3.1 Caracterización de la población

La realidad social del país y las precarias condiciones económicas en las que se desenvuelven muchas familias Colombianas no son dato curioso, en su mayoría esas familias están compuestas por niños y adolescentes quienes son los más afectados por esta condición social. Dosquebradas es una de esas regiones del país en la que se evidencia el impacto que produce esta crisis social. Está claro que la evolución positiva o negativa de un adolescente difiere según su contexto social y cultural, en los tugurios o barrios marginados se observa una adolescencia muy rápida donde el hambre y la desorganización familiar y social obligan al niño a veces desde temprana edad a trabajar, mendigar e incluso iniciarse en la delincuencia para poder subsistir.

Muchos de estos adolescentes menores de edad en general, asumen responsabilidades laborales y se convierten en cabeza de hogar aunque aun no se encuentren en edades propias para ello. Según Correal (citado por Herbert, 1992), hay un proceso de identidad falseado, se llega al trabajo sin pasar por el juego; no hay identificaciones intermedias, es una realidad de impacto; no cabe el entrenamiento ni la acumulación de experiencias que dan el juego y la recreación. En el aspecto sexual, la pobreza, los inquilinatos, la promiscuidad y el colecho hacen que el desarrollo de la sexualidad y de otros conceptos asociados con esta, como virginidad, matrimonio e incesto obtengan una evolución y un significado radicalmente distinto al de otros niveles sociales.

Realidades sociales como conflicto armado, sicariato, prostitución, drogas y hasta mafia son evidenciadas en esta población de Risaralda, políticos y dirigentes han tomado cartas en el asunto pero sus aportes no han sido suficientes, son tan fuertes los índices de violencia que para el 2008 se filtran ya en los centros educativos. Sorprende que tras la mayoría de los delitos se encuentran menores de hasta 9 años de edad, quienes en un principio se desempeñan como campaneros, distribuidores de droga o abastecedores de armas y munición. Cuando cumplen 13 años, su función se eleva a la de sicarios que son “exportados” hacia ciudades vecinas como Cartago, en el Valle, Manizales y Chinchiná en Caldas y los municipios de La Virginia y Santa Rosa en Risaralda; las ganancias económicas son irrisorias pero el prestigio dentro del grupo es incalculable.

Sin embargo, más allá de conocer los hilos criminales que se esconden tras el fenómeno pandillero, la descomposición familiar es quizás una de las más crudas conclusiones a la que llegan expertos en el tema. Guillermo Garner, investigador del Observatorio de la Convivencia de la Universidad Tecnológica de Pereira, aseguró que la mayoría de esos adolescentes involucrados en pandillas, provienen de hogares donde la crianza se le encomendó en el mejor de los casos, a los abuelos, "A ello súmele que el entorno social en el que se encuentran esas criaturas, está influenciado por grupos ilegales" (LA TARDE. 19 de febrero. 2008).

Ahora bien en términos de solución, las instituciones educativas son consideradas como uno de los principales medios para promover actividades que ayuden a los jóvenes a descubrir talentos y a dedicarse a otras labores, ya que estas son el epicentro cultural y social donde convergen el mayor número de adolescentes.

Esta labor debe ser complementada con una intervención directa en el ámbito familiar, incluyendo tanto a padres como cuidadores y demás miembros de la familia, de tal manera que se logre una intervención holística del sujeto; para tal efecto entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar promueven actividades psicoeducativas dirigidas al mejoramiento de las capacidades del individuo para enfrentarse a las situaciones que le ofrece el contexto.

Las tasas de suicidio han aumentado de manera significativa en este año para este departamento por diversas causas, entre las más sobresalientes se encuentran conflictos y decepciones amorosas y carencia de afecto familiar, la mayoría de los adolescentes de este municipio que han consumado el suicidio, presentaron problemas emocionales previos, además se desconocen las cifras de aquellos adolescentes que han intentado el suicidio sin obtener la muerte.

Entre el 22 de mayo y el 6 de junio del año 2008 el periódico LA TARDE registró seis suicidios en el departamento de Risaralda, la mayoría de ellos por ahorcamiento; aunque el tema vuelve a ser motivo de análisis, es evidente que aun no se le está dando un manejo adecuado como problema de salud pública (declarado así por la Organización Mundial de la Salud, ya que es la segunda causa global de muerte

en jóvenes), y los pocos programas de intervención que se están ejecutando en el momento no han logrado el impacto necesario para disminuir estas cifras (LA TARDE. 22 de Junio. 2008).

6. 4 Tipo de muestra

Para esta investigación se trabajará con una muestra no probabilística ya que se admite un proceso de clasificación informal, para luego efectuar conclusiones de la población. La utilidad de este tipo de muestra está en que requiere más que una representatividad de elementos de una población, una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. En esta medida no se realiza inferencia a partir de los datos, se selecciona a los sujetos remitidos por el psicólogo de la institución y bajo criterio de algunos docentes que refieren haber identificado comportamientos que dan cuenta de depresión. Fueron sujetos participes de esta investigación solo los adolescentes con puntuaciones en el Inventario de Beck de leve, moderada y/o severa (N 13) a quienes posteriormente se les aplicó el ATQ- P y la entrevista familiar, cuyos resultados son considerados el insumo básico para la presentación de resultados y discusión; por lo tanto los resultados obtenidos no son proyectados estadísticamente y si serán analizados descriptivamente, de manera argumentativa, explicando en cierta medida el fenómeno estudiado que en este caso será la presencia de síntomas de depresión en

adolescentes y su relación con las características familiares (Hernández, Fernández y Baptista; 1998).

6.5 Estrategias de recolección de información

Los datos para llevar a cabo esta investigación serán recolectados a partir de la aplicación del Inventario de Beck, una entrevista a la familia y criterios de observación al momento de aplicar la entrevista.

6.5.1 Instrumentos

- **Inventario de Beck:** es un cuestionario que consta de 21 afirmaciones en las que el sujeto debe seleccionar la que más se asemeje a sus estados de ánimo. Este inventario tiene como propósito medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico, en términos teóricos esta sujeta al campo de la psicología cognitiva y de la misma manera su contenido puntualiza en los componentes cognitivos de la depresión así pues de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos-vegetativos.

En términos de validez y confiabilidad es una de las escalas más usadas en el mundo para evaluar la depresión. El inventario fue elaborado a partir de la

observación clínica de las actividades, sentimientos y síntomas experimentados por los pacientes clínicos deprimidos, aunque su aplicación se ha ampliado a poblaciones normales. El coeficiente Alpha de esta prueba arroja un índice de 96, la fiabilidad es de 0.65 a 0.70. Autores como Benites y Solis (2004) refieren que en cada una de estas dimensiones existen puntajes del 0 al 3, eligiendo de acuerdo a la gravedad depresiva de los pacientes (www.escuelasdepsicología.com Recuperado 28 de septiembre2008).

- Entrevista familiar: se diseña un formato de entrevista semiestructurada, en la que se indaga por tipo de familia, tipo de castigo y refuerzo, comunicación familiar, tiempo que se comparte en familia, consumo de sustancias psicoactivas, redes de apoyo familiar y estabilidad emocional y económica. Con el fin de identificar la funcionalidad familiar y su implicación o no en la adquisición o desarrollo de la depresión en el adolescente.

6. 6 Procedimiento

Inicialmente se realiza el planteamiento de la pregunta y se procede a indagar sobre los antecedentes respectivos, posteriormente se realiza la búsqueda de información optima para la construcción del marco teórico. Simultáneamente se establecen los primeros contactos con la institución en la cual se llevará a cabo la

investigación; se define la metodología de la investigación y se procede a realizar el trabajo de campo con la aplicación del inventario de depresión de Beck, la entrevista familiar y la observación, los datos arrojados por estos instrumentos son consignados y sometidos a análisis cualitativo, posteriormente se consignan en la presentación de resultados y de acuerdo a ellos se ejecuta la discusión, finalmente se establecen las conclusiones, con las cuales se da respuesta a los objetivos planteados inicialmente.

6. 7 Análisis de la información

El análisis de los datos de esta investigación se realizará cualitativamente, mediante un “análisis de contenido” es decir una interpretación de datos; según Taylor y Bodgan (1994) la metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa consiste más que en un conjunto de técnicas para recoger datos, en un modo de encarar el mundo empírico. Para este tipo de análisis se desarrollan conceptos, interpretaciones y comprensiones según los datos obtenidos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.

En la investigación cualitativa el investigador va al escenario y a las personas en una perspectiva holística, las personas, los escenarios o los grupos no son reducibles a variables, sino considerados como un todo.

6. 8 Recursos

Recursos materiales

Inventario de Beck

Formato de entrevista

Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ y ATQ-P

Recursos humanos

Investigador

Muestra.

6.9 Cronograma de Actividades

Febrero, Marzo, Abril, Mayo y Junio

Elaboración y entrega de anteproyecto de investigación.

Agosto, Septiembre, Octubre y Noviembre

Establecimiento de contacto con la población, elaboración y entrega del proyecto.

Diciembre, Enero, Febrero, Marzo, Abril y Mayo.

Análisis de resultados, elaboración y entrega de informe final

7. PRESENTACION DE RESULTADOS

Tabla No. 1 Resultados Cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P

Adolescente Preguntas	1	2	3*	4	5	6	7	8	9*	10	11	12	13*
1	5	5	5	4	1	2	3	1	3	1	3	3	5
2	2	3	3	2	5	3	5	4	4	2	3	4	4
3	2	4	5	5	1	1	3	3	2	1	5	4	5
4	2	2	5	2	3	4	3	5	3	2	4	2	5
5	1	1	3	1	5	4	2	3	4	4	3	3	4
6	4	3	4	4	2	3	5	2	3	5	3	4	4
7	2	4	4	2	3	3	3	3	5	5	3	3	3
8	1	3	3	1	5	4	2	4	5	3	4	2	4
9	4	5	3	4	3	3	3	3	3	1	4	3	4
10	1	4	3	3	1	2	3	4	1	1	2	2	2
11	5	3	2	4	5	1	5	2	2	1	3	4	4
12	2	2	4	2	3	4	3	4	4	2	5	3	5
13	4	5	3	3	3	2	3	2	3	3	5	4	3
14	3	3	3	5	5	1	2	1	1	1	1	2	4
15	1	3	3	1	5	3	3	4	5	5	3	4	4
16	5	2	5	4	3	2	2	3	2	4	1	3	5
17	3	3	4	2	5	4	3	4	3	5	3	4	3
18	1	3	3	3	5	4	5	3	4	5	2	3	4
19	1	2	1	4	3	1	5	2	3	1	3	2	3
20	1	1	1	2	5	4	5	4	5	5	4	3	4
21	3	2	1	3	3	1	3	2	1	1	4	4	4
22	1	3	3	1	3	1	5	3	1	1	4	2	4
23	1	2	5	5	5	3	3	2	1	1	1	3	3

24	1	4	5	4	1	1	5	1	2	1	3	4	4
25	1	5	4	4	3	3	5	3	1	1	1	3	4
26	5	5	1	2	5	3	5	4	5	2	3	4	3
27	1	2	1	1	5	3	3	3	5	1	1	5	4
28	1	5	5	1	5	4	5	5	5	3	3	4	4
29	3	5	3	5	1	4	3	2	2	3	3	2	5
30	5	5	5	3	3	1	2	3	3	1	3	3	1
31	5	4	5	2	1	1	3	1	1	5	4	2	2
32	3	4	3	4	3	1	2	2	1	1	2	3	3
33	1	4	3	2	5	3	3	2	1	3	3	2	3
34	3	4	4	4	4	1	1	1	2	3	2	3	1
35	4	4	4	4	5	2	2	2	3	3	1	2	1
36	1	4	1	1	5	3	5	4	4	2	3	3	3
37	5	3	4	5	3	3	3	3	3	4	1	2	1
38	3	4	2	1	3	1	5	2	3	3	3	3	4
39	3	2	3	2	3	2	5	3	2	2	1	3	3
40	3	2	4	5	4	3	3	2	2	3	3	2	4
41	5	4	5	4	1	1	2	1	1	1	3	3	1
42	1	3	1	2	3	3	2	3	1	1	3	2	4
43	5	3	4	4	1	1	1	2	1	2	1	3	1
44	1	4	5	3	1	1	3	3	1	3	3	4	1
45	1	5	1	2	5	4	5	2	5	5	5	2	5
46	3	4	3	3	3	5	3	3	2	5	3	3	4
47	1	4	3	4	5	5	2	3	5	5	3	4	4
48	1	4	3	4	3	5	2	2	4	3	2	3	5
49	4	4	3	4	1	1	3	3	1	1	1	2	1
50	1	5	5	2	3	3	5	4	3	4	3	2	3
51	4	4	2	2	5	4	5	2	3	3	2	3	5

52	1	3	5	2	3	1	1	2	2	1	1	2	4
53	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1
54	5	3	4	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1
55	5	3	4	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1
56	3	3	3	2	1	1	3	3	1	1	3	3	1
57	5	5	1	2	5	4	3	2	3	1	3	2	3
58	5	5	5	4	3	3	2	4	2	3	3	4	4
59	1	2	1	2	3	4	5	3	4	4	4	4	5
60	2	4	2	1	5	3	5	2	4	1	2	3	4
R/=	N	N	N	N	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Puntaje total	N99 P59	N106 P102	N112 P83	N109 P59	N77 P120	N57 P94	N86 P108	N66 P93	N51 P108	N63 P85	N74 P90	N86 P91	N88 P112

A continuación se realizará la descripción de la información obtenida a través de las diferentes herramientas de investigación utilizadas en este proyecto, tales como el Inventario de depresión de Beck, Cuestionario ATQ-P y entrevista familiar. Se darán a conocer los resultados obtenidos haciendo especial énfasis en aquellos aspectos que permiten dar cumplimiento a los objetivos planteados inicialmente en esta investigación.

En tanto el ATQ-P, este es un cuestionario que consta de 60 ítems de los cuales 30 indican pensamientos positivos y 30 pensamientos negativos. Se presenta a continuación los puntajes arrojados especificando pensamientos negativos (N) y pensamientos positivos (P) respectivamente con el fin de focalizar un poco más cada uno de los participantes de esta investigación. Teniendo en cuenta que en el marco de

la población objeto de estudio no se alcanzó un número equivalente entre femenino y masculino, en cada publicación de resultados se identificará el género femenino por medio de un asterisco.

A continuación se presentará la tabla de resultados obtenidos en la implementación del cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P.

A continuación se presentará la tabla de resultados obtenidos en la implementación del cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P.

Ahora bien teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se muestra que de los 13 adolescentes, en 4 de ellos prevalecen pensamientos negativos y en los 9 restantes prevalecen los pensamientos positivos. Además respecto a las adolescentes femeninas en una de ellas se encontró la prevalencia de pensamientos negativos mientras que en las restantes prevalecían los pensamientos positivos.

Estos resultados del ATQ-P, son complementarios a los obtenidos en el Inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 preguntas a partir de cuyas respuestas es posible identificar los síntomas de depresión leve (DL), depresión moderada (DM) y depresión severa (DS). Sólo uno de los participantes puntuó depresión severa, sumado a que en el ATQ-P, mostró prevalencia de pensamientos negativos. El resto de los adolescentes mostraron depresión leve y moderada, no obstante la adolescente femenina con prevalencia de pensamientos negativos, en el inventario depresión de Beck mostró depresión moderada. En lo que refiere a las

otras dos adolescentes femeninas, puntuaron depresión leve. Mientras que los adolescentes masculinos puntuaron 3 depresión moderada y 6 depresión leve.

Con el fin de obtener mayor claridad sobre los resultados obtenidos se presentará la tabla de los hallazgos del inventario de depresión de Beck.

Tabla No 2 Resultado Inventario de Depresión de Beck.

ADOLESCENTES	1	2	3*	4	5	6	7	8	9*	10	11	12	13*
PREGUNTA 1	3	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PREGUNTA 2	4	1	1	1	0	3	0	0	0	1	1	0	1
PREGUNTA 3	4	1	3	1	2	1	0	0	2	0	2	2	0
PREGUNTA 4	3	1	1	1	0	2	2	2	0	1	1	1	0
PREGUNTA 5	0	0	4	1	4	0	1	0	0	0	0	0	0
PREGUNTA 6	0	1	1	2	1	0	1	1	0	3	1	3	0
PREGUNTA 7	4	1	1	1	0	0	1	0	0	3	0	0	0
PREGUNTA 8	1	1	2	1	0	1	2	1	3	3	1	2	1
PREGUNTA 9	2	4	4	1	0	0	1	1	1	0	0	1	2
PREGUNTA 10	3	1	1	1	3	0	0	0	0	1	0	0	1
PREGUNTA 11	3	1	0	2	3	1	1	1	3	1	1	0	1
PREGUNTA 12	3	2	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0
PREGUNTA 13	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
PREGUNTA 14	3	0	2	2	0	2	1	1	0	0	0	0	2
PREGUNTA 15	0	3	0	2	2	0	1	1	0	1	0	3	0
PREGUNTA 16	0	1	0	1	3	1	1	1	0	0	1	0	1
PREGUNTA 17	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3	0	1
PREGUNTA 18	0	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1

PREGUNTA 19	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	2
PREGUNTA 20	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0
PREGUNTA 21	3	3	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
RESULTADOS	DS	DM	DM	DM	DM	DL							
Resultado total	37	25	24	25	24	13	13	13	11	13	14	14	10

Depresión leve= DL

Depresión severa= DS

Depresión moderada= DM

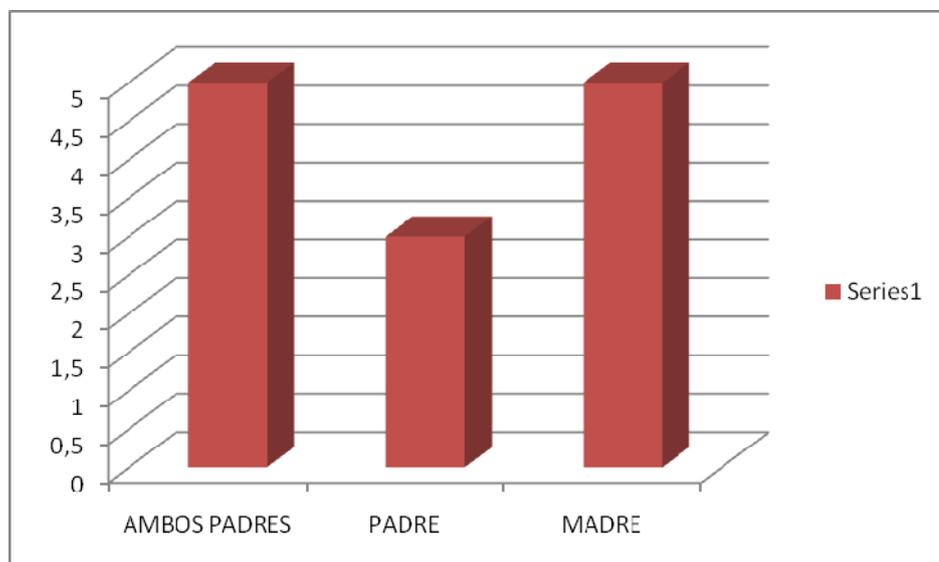
En este contexto es importante puntualizar la información obtenida a partir de las entrevistas, esta herramienta fue diseñada para complementar los datos hallados en la implementación de los inventarios. De tal manera se muestran a continuación tres rejillas con los datos puntuales a partir de tres “categorías” relevantes de información.

La primer categoría se refiere a la estructura familiar e indica, de los 13 adolescentes cuantos viven con ambos padres, cuantos sólo con el padre y cuantos sólo con la madre.

Tabla No. 3 Estructura Familiar

AMBOS PADRES	EL PADRE	MADRE
5	3	5

Figura 2. Estructura familiar



En este sentido es importante resaltar que de las adolescentes femeninas una de ellas vive solamente con su padre, otra vive con la madre y una tercera con otros familiares. El adolescente que obtuvo un puntaje indicativo de depresión severa en el inventario de depresión de Beck y que además tiene prevalencia de pensamientos negativos vive con ambos padres.

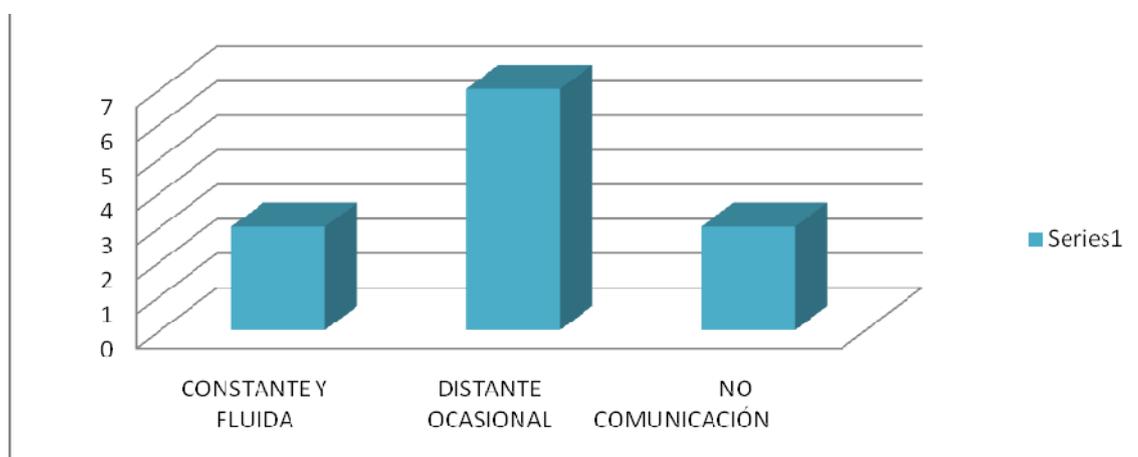
Respecto a los chicos que obtuvieron puntajes significativos para depresión moderada dos de ellos viven con la madre y dos más con el padre, la madre y hermanos. En referencia a los chicos que obtuvieron depresión leve, tres de ellos viven con su padre y otro familiar, tres más viven con su madre, hermanos y abuelos, y los tres restantes viven con ambos padres.

Respecto a la categoría de comunicación, a partir de las respuestas obtenidas se establecieron tres estilos que describen esta variable dentro de la familia.

Tabla No 4 Comunicación familiar.

CONSTANTE Y FLUIDA	DISTANTE OCASIONAL	NO COMUNICACIÓN
3	7	3

Figura No 3 Comunicación familiar



Las respuestas obtenidas durante la entrevista permiten establecer que para 3 de los 13 adolescentes no existen canales de comunicación familiar, esta situación se hace evidente en respuestas como las siguientes:

“-No esa es la consecuencia de los problemas en esta casa. Hemos tratado de fomentar la comunicación pero no hemos podido”.

“-No, no de vez en cuando al desayuno que es como cuando más hablamos pero nada pues así como muy extendido.

“-No como le digo pues nosotros si, mi mamá y mi esposo pero con Juan no, porque a él no le gusta”. Es importante resaltar que esta respuesta fue obtenida en la entrevista realizada a la madre del menor que obtuvo una puntuación significativa para depresión severa en el inventario de depresión de Beck.

Para 7 de los menores la comunicación en su familia es distante y ocasional; es decir las conversaciones fluctúan alrededor de situaciones de la vida cotidiana, se presentan entre algunos miembros de la familia pero no en todos y no se logra profundizar en temas relevantes para la formación de los menores. Prueba de ellos son respuestas como las siguientes:

“-Por ejemplo a decir verdad en nosotros pues así como sentarnos hablar no, lógico que si hablamos pero ahí el espacio yo hablo con ellos pero no mi esposo él llega del trabajo, come los alimentos y se pone a ver televisión y se acuesta. Y espacios de alimentación no compartimos porque todos llegan a horas diferentes y comen solos”.

“-Quizás en el almuerzo pero son diálogos no muy profundos, y realmente no hay más espacios para compartir”.

“- La comunicación familiar, es poca, pero eso es porque necesitamos trabajar para mantener a nuestros hijos, y cuando llegamos a la casa estamos cansados y pues es difícil mantener un dialogo”.

En las familias de los 3 adolescentes restantes se identificaron canales de comunicación y espacios adecuados, los padres dialogan con sus hijos, indagan por sus emociones, comparten espacios de recreación y controlan y orientan la solución de los conflictos en los cuales se ven involucrados:

“-Si, de hecho los dos somos muy emotivos y constantemente hablamos de las emociones y de lo que sentimos. Los dos nos reímos o los dos lloramos”

“-La verdad es que en semana nos queda muy difícil pero los días sábados y los domingos si permanecemos los cuatro, almorzamos y salimos de paseo. En semana mi esposo comparte con él y nos encontramos después que yo llegue de trabajar en la noche”.

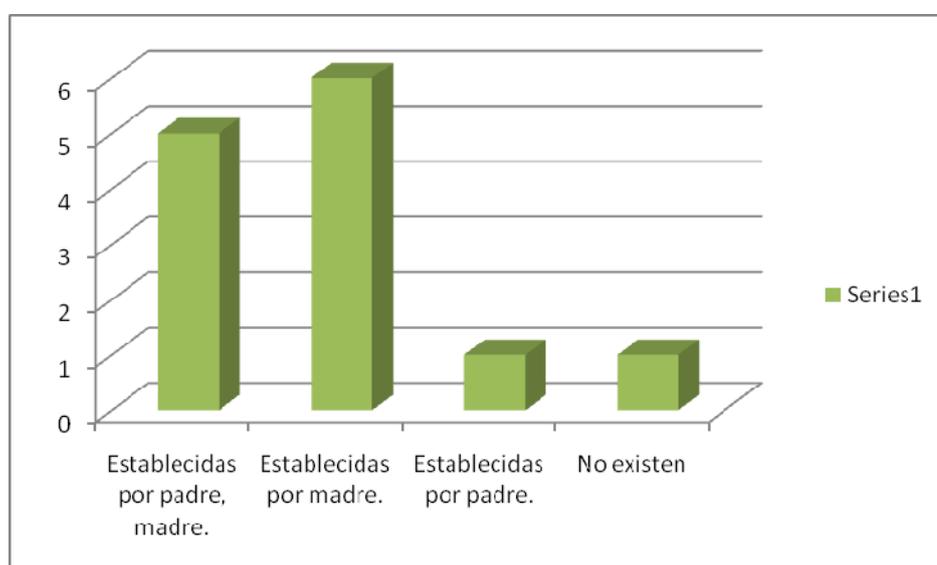
“-Pues como sólo somos las dos el 90% del tiempo siempre estamos juntas y el resto es porque ella está estudiando y yo trabajando y eso que tampoco porque yo trabajo donde ella estudia así que nos vemos todo el tiempo”.

La tercera categoría que será importante para esta investigación, es la referida a la normatividad, en esta encontramos de manera puntual los siguientes datos.

Tabla No 5. Normatividad

Establecidas por padre, madre.	Establecidas por madre.	Establecidas por padre.	No existen
5	6	1	1

Figura No 4. Normatividad



Por otro lado al indagar por la categoría de normatividad del hogar se encontró que para uno de los 13 adolescentes no existe ninguna norma y que particularmente es una de las adolescentes del género femenino. Esta adolescente puntuó depresión leve y prevalencia de pensamientos positivos. En el caso del adolescente que puntuó depresión grave y prevalencia de pensamientos negativos se encontró que las normas son establecidas por padre y madre, para el resto de los adolescentes las normas han sido establecidas por padre o madre según la dinámica familiar de convivencia.

En la tabla de estructura familiar se estableció que 5 conviven sólo con la madre, sin embargo para 6 menores las normas son establecidas por la madre por tanto es importante aclarar que uno de los menores que vive con el padre recibe las normas establecidas por su madre. Respecto a los 5 menores que viven con ambos padres se estableció que las normas para ellos, fueron concertadas por ambos padres.

Es importante resaltar que de los 3 chicos que viven sólo con el padre, uno es guiado por normas impuestas por el mismo padre, uno más no tiene ninguna norma y en el último caso es la madre quien establece las normas.

En términos generales la entrevista familiar muestra significativas dificultades al interior de la dinámica familiar de estos adolescentes por ejemplo de los 13 menores sólo 5 conviven con familia nuclear es decir el resto de ellos se desenvuelven en familias monoparentales o extensas y disfuncionales. Lo que es consecuente al analizar las dificultades en comunicación, pues es evidente la carencia que se presenta al interior de cada familia de canales adecuados, de 13 adolescentes sólo 3 gozan de canales fluidos y constantes.

A continuación se realizará una descripción de los hallazgos del inventario de depresión de Beck y ATQ-P en relación con las características familiares, para cada uno de los tipos de depresión establecidos por Beck.

De manera puntual el adolescente con depresión severa según el inventario de depresión de Beck obtuvo las puntuaciones más altas en los ítems referentes a estado de ánimo sentimientos de fracaso e insatisfacción. El área conductual es también mencionada en lo referente a episodios de llanto, irritabilidad y aislamiento. Respecto a los indicadores somáticos como problemas de sueño, fatiga o apetito no obtuvo puntajes significativos.

Estos resultados guardan una estrecha relación con la puntuación obtenida en el ATQ-P en los cuales se observa una diferencia significativa en cuanto los pensamientos, puesto que para los positivos obtuvo un puntaje de 59 y para los negativos de 99. En sus respuestas que dan cuenta de pensamientos negativos aparecen: “siento que no valgo nada”, “que mi vida es una porquería” y “que soy un fracaso”. En términos generales el ATQ-P de este adolescente permite identificar pensamientos negativos, sobre si mismo y su futuro.

La entrevista familiar, de este adolescente da cuenta de una estructura nuclear con abuela paterna, siendo esta última la encargada del acompañamiento al menor dado que sus padres pasan la mayoría de su tiempo trabajando; su progenitora terminó el bachillerato, su padre hasta quinto de primaria y su abuela es analfabeta. En su hogar la dinámica resalta valores como el amor, el respeto y la humildad, pero no son socializados con él, ya que su familia lo describe “muy agresivo” y esto les impide la comunicación asertiva. En términos escolares su desempeño académico es bueno sin embargo la mayor dificultad es con su aislamiento, pues sus docentes

indican que es un joven con pocos o ningún amigo en el colegio y que difícilmente tolera acercamientos, un sin número de veces se han presentado conflictos escolares por su agresividad.

En lo que se refiere a refuerzos y castigos, su funcionalidad está liderada más por castigos que por refuerzos, pues en la pregunta 8 que indaga por esta situación su progenitora responde -“Si yo voy a las reuniones del colegio y cada vez que me llaman, pues, así como porque se presentó la situación asisto, si yo sé cómo le va en el colegio, pues él es buen estudiante pero tiene muchos problemas por lo que le digo, él es aislado y es como muy agresivo entonces no soporta que le digan nada.

-Vea la verdad es que cuando tiene bajo rendimiento escolar pues yo si me pongo hablar con él, pero él no dice nada y le digo que vea que tiene que rendir en el colegio, pero mi esposo si es como muy agresivo con él y lo trata muy mal cuando pasa eso.

-No pues cuando tiene buen rendimiento escolar yo lo felicito y le digo que me alegra mucho que se porte bien”.

Esta situación de agresividad es uno de los cambios emocionales que se ha dado en el adolescente referido por su madre como originador de conflictos familiares, pues a partir de allí, se corta la relación con su padre, dando paso a constantes discusiones entre ellos, dejando a un lado y restándole importancia a la conciliación familiar, pues cada vez que se da un conflicto es inexistente una cadena

de solución y se promueve la incomunicación hasta que uno de los dos cede voluntariamente.

La incomunicación afecta diferentes esferas del ámbito familiar, por ejemplo en cuanto a las emociones esta familia difícilmente establece conversaciones con el adolescente que indiquen emociones y sentimientos, sumado a la dificultad que se presenta en tanto el manejo de sentimiento como la tristeza y la rabia. Para esta familia es difícil reconocer espacios en que su hijo está triste o irritado, ya que siempre se encuentra encerrado en su cuarto y al cuestionarle su estado de ánimo, siempre hay una respuesta universal “nada” “-Pues como casi siempre él mantiene así como aislado pues yo le pregunto que qué le pasa que porque ésta así y que si está triste, que si es que está enojado, pero para todo la respuesta de él es que no, que no le pasa nada, que no tiene nada-“.

Finalmente al cuestionar por las normas, las reglas del hogar y los correctivos al infringir una de ellas, aparece la imposición de normas y no la participación activa de los miembros de la familia para establecerlas, en tanto correctivos aparece nuevamente la agresividad indicando que cuando este adolescente incumple la norma recibe golpes por parte de su padre y poco dialogo por parte de su madre de tal manera que en la pregunta 19 la madre responde “-Pues yo hablándole y mi esposo si es más agresivo con él, lo trata mal y pues cuando la falta es grave le pega-“.mientras que cuando este mismo adolescente cumple adecuadamente con las normas del hogar “no pasa nada”.

En el caso de la adolescente femenina que puntuó depresión moderada según el inventario de depresión de Beck, sus respuestas dan cuenta de puntuaciones significativas en términos de cogniciones, puntualmente lo que se refiere a estados emocionales y sentimientos desesperanzados frente al futuro. Respecto a las conductas, aparecen las puntuaciones más bajas entre 0 y 1 lo que señala que no presenta alteraciones somáticas como estados de sueño, apetito y deseo sexual.

Por otro lado en los resultados del ATQ-P esta adolescente revela sus puntuaciones más altas en las afirmaciones que indican pensamientos negativos, lo que da muestra de una prevalencia de los mismos. Esta adolescente obtuvo 112 puntos para pensamientos negativos y 83 para pensamientos positivos. En algunas de sus respuestas se pueden identificar ideas de enfrentamiento al mundo y baja autoestima.

Respecto a la entrevista familiar y los hallazgos de esta, aparece familia monoparental y extensa, compuesta por progenitora y dos tías, sin espacios de privacidad dado que la adolescente y su mamá comparten cuarto, aparentemente sin generarse ningún conflicto por tal situación. Los miembros de esta familia están escolarizadas hasta 5 de primaria y la menor actualmente terminando la secundaria, la dinámica familiar se rige por valores como la honradez, el respeto, la educación y las costumbres religiosas.

En cuanto espacios de comunicación comparten las noches al comer, la televisión y cuando van a misa, se evidencia conocimiento de la situación académica por parte de la familia, puntualmente en la pregunta 8 sobre el desempeño académico su progenitora responde “-si claro, yo le pregunto mucho y sé que mis hermanas también, y ella nos cuenta cuando le va bien y cuando esta pendiente de materias o cosas así. Cuando le va mal, nosotras le preguntamos que porque, que si tiene dificultad y le ayudamos, y cuándo está bien le decimos que rico que siempre sea así que mire lo importante del estudio”.

Existe un desconocimiento de otras actividades que se dan en el medio escolar pero que no competen con el rendimiento académico, como relación con compañeros y dificultades con profesores, en la pregunta 9 que cuestiona esta situación se reciben respuestas como “-pues no mucho, sólo lo que ella cuenta que le sucede, pero nunca me han llamado del colegio a decirme nada, ni ha tenido problemas con compañeros”. Los espacios sociales y relaciones con pares están delimitados, no tiene mas conocidos que sus compañeros de colegio y no comparte otros espacios diferentes al colegio mismo con ellos, de tal manera en la pregunta 10 que cuestiona por el conocimiento de otras actividades que realiza con sus amigos como gustos y pasatiempos la respuesta es “- pues es que ella sale muy poco, por no decir que nada, a ella casi no le gusta salir ella como que rechaza la calle, y eso se lo he inculcado yo porque en la calle sólo se aprenden cosas malas-“

Particularmente esta familia identifica que a partir de los cambios hormonales, la adolescente se muestra solitaria y triste, situación que no ha sido conflictiva en el ambiente familiar excepto cuando su tristeza afecta su apetito, en este caso se ocasionan peleas, dirigidas a la ingesta de alimentos obligatoria y sin acceder a justificaciones del estado de ánimo, incluso en términos de emociones indican que sólo se habla de estas cuando es ella misma quien menciona el tema, pues al parecer le molesta hablar cuando un tercero lo hace, en términos de convivencia aparentemente es adecuada dado que no se presentan conflictos, se toman decisiones en familia y se resuelven dificultades familiares.

Posteriormente al cuestionar por normas y reglas del hogar en las preguntas 19 a la 21 surgen respuestas que permiten evidenciar una adolescente pasiva, respetuosa que acata y cumple normas del hogar que fueron establecidas por su madre y sus tías, las pocas ocasiones en que incumple una norma, o comete una falla recibe regaños, y en ocasiones golpes, por ejemplo en la pregunta 21 se reciben respuestas como “-pues la regaño y en ocasiones le pego, y cuando se porta bien nada le digo”.

Respecto a las distorsiones cognitivas, estos dos casos que son los más relevantes por puntuaciones de depresión severa y moderada, (hombre y mujer) para los que existe fuerte correlación en las respuestas de sus inventarios, revisando detalladamente aparecen comportamientos y pensamientos similares, como la tristeza, la baja autoestima, la insatisfacción, el sentido del fracaso, odio hacia si mismos, auto

acusaciones, deseos de auto castigo y aislamiento social. Para él es difícil llorar aun cuando quiere y ella llora más que antes.

De igual manera en el ATQ-P, coinciden en sentirse siempre como enfrentando al mundo, algunas veces ser respetados por sus iguales, no tener amigos que los apoyen, ambos responde al estrés con ideas negativas acerca de sí mismos, del mundo y del futuro (triada cognitiva).

En sus dinámicas familiares estos dos adolescentes, se desenvuelven en espacios diferentes aunque comparten una serie de eventos particulares como la falta de comunicación, el desconocimiento de sus padres para con sus actividades y amigos, la imposición de normas al interior de sus hogares, y no la socialización de ellas para su construcción, el recibimiento de castigo frente a sus fallas y no de refuerzo o estímulos frente a sus actos adecuados. El adolescente masculino es agresivo y la femenina solitaria, dos condiciones o características que en ambos casos interrumpen la comunicación asertiva, pues ambas familias prefieren “callar” y no solucionar.

Ninguno de los dos vive solo con sus padres, sino que comparten la mayoría de su tiempo con un tercero en la familia, para él su abuela y para ella sus tías. En términos escolares ambos son buenos estudiantes y difícilmente presentan dificultades académica, sin embargo sus profesores refieren poca convivencia con sus compañeros de colegio, él por su agresividad y ella por su aislamiento, las relaciones

y el contacto con pares es escaso por no decir que inexistente ya que ninguno de los dos tiene amigos diferentes a sus compañeros de colegio y mucho menos comparten actividades extra curriculares con ellos y finalmente ninguno de los dos tiene un proyecto de vida elaborado o por lo menos su familia lo desconoce.

El resto de los adolescentes objeto de estudio de esta investigación obtuvo puntuaciones y calificativos de depresión leve y moderada según el inventario de depresión de Beck, con puntuaciones que oscilan entre 10 y 25 respectivamente, en los casos de depresión moderada se ubican tres chicos para los que sus respuestas mas altas dan cuenta de similitudes en tanto cogniciones implícitamente, sentimientos de culpa, aislamiento social y constantes episodios de llanto.

Para los ítems que indican alteraciones somáticas, estos adolescentes con depresión moderada según el inventario de depresión de Beck, coinciden en referir variaciones en sus estados de sueño, fatigabilidad, disminución del interés sexual y pérdida de peso.

En el ATQ-P, dos de estos chicos obtuvieron prevalencia de pensamientos negativos con puntuaciones numéricas de 106 y 109, estos adolescentes comparten una serie de pensamientos entre los que se resaltan ideas de inferioridad, sentimientos de fracaso y bajos estados de ánimo.

El otro adolescente con depresión moderada según el inventario de depresión de Beck, al resolver el cuestionario de pensamientos automáticos obtuvo prevalencia de pensamientos positivos con puntuación numérica de 120, sus respuestas permiten evidenciar situaciones de autocuidado y posición optimista frente a si mismo, el futuro y los demás.

Particularmente en el caso del chico con prevalencia de pensamientos negativos y puntuación de 109 y el otro con prevalencia de pensamientos positivos con puntuación de 120, existe relación en tanto antecedentes de enfermedades mentales, como retardo y depresión, estos adolescentes en sus dinámicas familiares comparten valores como el respeto, la responsabilidad y la honradez; tienen dificultades en el establecimiento de canales de comunicación, pues difícilmente comparten espacios de dialogo en familia, y como consecuencia sus familias desconoce la existencia de sus proyectos de vida, de sus gustos y pasatiempos; hay poco conocimiento de la dinámica escolar, no existe dialogo referente a las emociones, ni manejo de alteraciones del estado de ánimo y no hay orientación frente al cumplimiento de normas, pero si castigo al incumplimiento de ellas.

Estos dos adolescentes se desenvuelven en dinámicas familiares opuestas uno vive, sólo con su madre y otro con su padre, madre y hermana mayor, pero a ambos los describen sus familias como aislados y solitarios, entre los cambios que han vivido aparece fuertemente la tendencia emo, lo que origina transformaciones en sus modos de vestir, en sus gustos musicales y sus actividades diarias, esta situación ha

ocasionado conflictos en la convivencia familiar y la socialización con pares, pues perdieron el gusto por actividades que antes les eran placenteras según sus padres, como jugar fútbol y salir con amigos, se encierran en sus cuartos y no comparten actividades familiares, como espacios de alimentación o de TV. Tienen baja autoestima y difícilmente permiten espacios de conversación, sus mayores conflictos han sido gracias a la falta de comunicación y a sus inclinaciones emos, pues en una oportunidad uno de ellos se quiso ir de casa, afirmando que nadie lo entendía y que se iría a donde alguien estuviera de su lado.

En el caso del otro chico que obtuvo prevalencia de pensamientos negativos con puntuación numérica de 106, su dinámica familiar de acuerdo a la entrevista, se muestra enmarcada en familia estructural, con niveles de educación universitaria para el caso de sus padres, se mueve alrededor de constantes canales de comunicación y es orientado en tanto el manejo de sus emociones y resolución de conflictos. Esta familia se rige por valores como la responsabilidad, la honestidad, el dialogo y la concertación grupal.

Hace uno año aproximadamente este chico, se interesó en la tendencia emo y dio paso a cambios en su apariencia física y modos de vestir, su madre refiere que en una ocasión el chico se auto agredió cortándose sus manos, lo que la movilizó a consultar profesionales, logrando interrumpir esta inclinación.

” -el año pasado él empezó a inclinarse por la tendencia emo, que fue cuando yo empecé a preocuparme y a pedir ayuda, yo hablaba con él, me decía que eso no era

nada, que era una moda pero cuando empezó a cortarse ya me asuste. Aunque ya después de tanto hablar con él, yo lo metí al psicólogo y de tanto hacerle el acompañamiento él superó totalmente eso, este año ya quiere vestirse diferente y dejó a un lado eso emo-“.

En términos de conflicto esta última situación ha sido la que ha generado mayor problema, pues en general la madre del chico refiere que es tranquilo, muy juicioso y respetuoso.

Los 8 chicos restantes de esta investigación entran en el marco de depresión leve con cifras numéricas entre 11 y 14, en estos casos las puntuaciones más altas aparecen en el ítem 8 que hace referencia a autoacusaciones, el resto de los ítems que formulan afirmaciones en términos de cogniciones y síntomas somáticos fueron calificados con las puntuaciones más bajas 0 y 1.

Por otro lado los resultados de estos chicos en el ATQ-P, dan muestra de prevalencia de pensamientos positivos con puntuaciones numéricas de 85 a 112. Estos 8 chicos comparten pensamientos en los que revelan posiciones optimistas frente a sí mismos, pero no frente a los demás.

Estos adolescentes en sus dinámicas familiares dan cuenta de un sin número de diferencias por ejemplo de los 8 sólo 2 pertenecen a familia estructural, con ambos padres escolarizados, enfocados en valores como el respeto y la confianza. Respecto a los canales de comunicación sus familias mencionan que son pocos, dado las

obligaciones laborales y que los mismos chicos por sus características de personalidad no permiten espacios ni participan de los ya existentes, sus respuestas frente a la pregunta que referente a canales de comunicación en estos dos casos fueron:

“-la verdad sólo los espacios de alimentación y de vez en cuando salimos pero difícilmente, porque ellos ya tienen sus novias y salen es con ellas”.

“- La comunicación familiar, es poca, pero eso es porque necesitamos trabajar para mantener a nuestros hijos, y cuando llegamos a la casa estamos cansados y pues es difícil mantener un dialogo”.

Este manejo de comunicación imposibilita el conocimiento de otras actividades de los chicos, por ejemplo situaciones extracurriculares, y pasatiempos realizados con amigos y pares, además del desconocimiento de la existencia de proyectos de vida. En cuanto el establecimiento de normas al interior del círculo familiar, estas son asignadas por ambos padres, pero sólo la madre es quien se entera del cumplimiento o incumplimiento de ellas, frente al incumplimiento estos adolescentes reciben correctivos y suspensión de actividades que disfrutaban, así en la pregunta 21 una de las madres responde

“ Pues obviamente lo regaño, y lo castigo, depende de lo que haga”. Mientras que al cumplir estas normas estos adolescentes no reciben ningún estímulo

“- Pues nada, se supone que eso es lo que debe hacer”.

Particularmente para estos casos existe un interés marcado de parte de uno de los chicos por la muerte, y situaciones de auto agresión por parte del otro, de tal modo que al cuestionar por los cambios físicos y emocionales, sus madres responden:

“-hace unos días, el empezó hablar de cosas como la muerte y como con esa inquietud de lo que se debe sentir y que como será y demás! entonces yo lo lleve al psicólogo y estuvo con él como tres meses. Y pues no volvimos a escuchar esos comentarios, pero pues él si se la pasa como intranquilo por eso. Cambios físicos pues los normales de la edad, el bigote, los vellos, la estatura”.

“- Pues, note al principio que estaba alejándose de mi, pues ya casi no hablaba, era rara la vez que iba a comer con nosotros, mantenía encerrado a toda hora, ya no quería estar con nadie;

los verdaderos cambios los note cuando pude ver el desgaste del cuerpo, al principio pensé que era porque estaba creciendo, pero cuando note los golpes, y algunas cortadas me di cuenta que como que tenia problemas, y le preguntaba, pero me contestaba mal con rabia, me insultaba. Ya no me respetaba”.

Finalmente los otros 6 chicos que también fueron calificados con depresión leve, según el inventario de depresión de Beck, pertenecen a familias monoparentales, en algunos casos con abuelas, sus dinámicas familiares giran en torno a valores como el respeto, la confianza y la honestidad. Colectivamente son familias escolarizadas a excepción de un caso particular en que los miembros de la familia son madre y abuela

con estudios hasta 5to de primaria. En cuanto espacios de privacidad 2 de los 6 adolescentes comparten cuarto, uno con su hermana y otro con su abuela.

La mayoría de estos adolescentes carecen de canales de comunicación activa, y en los pocos casos que estos se dan carecen de contenido, propio de la dinámica familiar; la carencia de estos canales de comunicación originan el desconocimiento de proyectos de vida, de gustos y pasatiempos. Del mismo modo, estos adolescentes tienen poca orientación en tanto el manejo de emociones y resolución de conflictos, sus padres desconocen su rendimiento escolar, gustos y pasatiempos.

Respecto a la normatividad, estas familias, han impuesto la norma en sus hijos de acuerdo a las estructuras educativas con las que ellos (los padres) fueron educados, de tal manera que al cuestionar este aspecto se reciben respuestas como “- Si, ella sabe los horarios y sabe cómo debemos de convivir, las establecí yo de acuerdo a como me educaron a mí-“. Solo uno de los 6 chicos, está orientado por normas que fueron socializadas con los miembros de la familia incluido el. Frente al cumplimiento de ellas, en la mayoría de los casos estos adolescentes reciben castigo. Y sobre el cumplimiento, algunos de ellos son reforzados positivamente, mientras que para otros tantos simplemente no pasa nada y se reciben respuestas como:

“-Como dije la reprendo y la castigo con algo, le restrinjo el acceso a algo que ella le guste, le quito el teléfono o el Internet.

-Cuando acata y respeta parte sin novedad todo queda normal”.

De esta manera se exponen los datos mas relevantes obtenidos a partir de la aplicación del inventario de depresión de Beck, el cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P y las entrevistas familiares, a los que se les otorgará especial énfasis para la realización del análisis.

Tabla 6. Correlación Inventario de Depresión de Beck y características

familiares

Adolescentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Inventario de depresión Beck	D.S	D.M	D.M	D.M	D.M	D.L	D.L	D.L	D.L	D.L	D.L	D.L	D.L
Estructura Flial	A.P	A.P	M	A.P	M	P	A.P	M	M	P	M	A.P	P
Comunicación	D.O	C.F	D.O	N.C	C.F	N.C	N.C	D.O	C.F	D.O	D.O	D.O	D.O
Normatividad	E.PM	E.PM	E.M	E.PM	E.M	E.P	E.PM	E.M	E.M	E.M	E.M	E.PM	N

- D.S: Depresión severa
- D.M: Depresión moderada
- D.L: Depresión leve
- A.P: Ambos padres
- P: Padre
- M: Madre
- C.F: Constante y Fluida
- D.O: Distante y ocasional

- N.C: No comunicación
- E. PM: Establecidas padre y madre
- E.M. Establecidas por madre
- E.P: Establecidas por padre.
- N: No existen

Tabla 7. Correlación ATQ Y ATQ-P y características familiares

Adolescentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ATQ y ATQ-P	N99 P59	N106 P102	N112 P83	N119 P59	N77 P120	N57 P94	N86 P108	N66 P93	951 P108	N63 P85	N74 P 90	N86 P91	N88 P112
Estructura Ffial	A.P	A.P	M	A.P	M	P	A.P	M	M	P	M	A.P	P
Comunicación	D.O	C.F	D.O	N.C	C.F	N.C	N.C	D.O	C.F	D.O	D.O	D.O	D.O
Normatividad	E.PM	E.PM	E.M	E.PM	E.M	E.P	E.PM	E.M	E.M	E.M	E.M	E.PM	N

PENSAMIENTOS:

- N = Negativos
- P = Positivos
- D.S: Depresión severa
- D.M: Depresión moderada
- D.L: Depresión leve
- A.P: Ambos padres
- P: Padre

- M: Madre
- C.F: Constante y Fluida
- D.O: Distante y ocasional
- N.C: No comunicación
- E. PM: Establecidas padre y madre
- E.M. Establecidas por madre
- E.P: Establecidas por padre.
- N: No existen

7.1 Análisis y discusión de resultados

En el capítulo anterior se dieron a conocer los resultados obtenidos en esta investigación a partir de la aplicación del inventario de depresión de Beck, el cuestionario de pensamientos automáticos ATQ-P y la entrevista familiar. En este apartado se presentará el análisis de la información obtenida dando claridad a los objetivos de investigación, y respuesta a la formulación del problema.

Este análisis en términos generales deberá esclarecer si existe o no relación entre las características estructurales y funcionales de las familias de estos 13 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad y la adquisición y mantenimiento de síntomas depresivos.

Asumiendo el promedio de edad, estos chicos son considerados como adolescentes respecto a su comportamiento y funcionamiento social, ya que casi en su totalidad viven con sus padres y dependen económicamente de ellos, no tienen responsabilidades económicas ni personas a su cargo; su mayor demanda es de tipo académico. Sus actitudes, preocupaciones e ideas corresponden a la etapa de la adolescencia en general.

Inicialmente es fundamental esclarecer entonces la importancia de las relaciones familiares para determinar la competencia y confianza con la que el hijo afronta el periodo adolescente, puesto que aunque los adolescentes muestran un interés creciente para las relaciones con los iguales y de pareja, la familia sigue jugando un papel fundamental en el ajuste psicosocial. Las relaciones de calidad entre padres e hijos que promueven el ajuste psicosocial del adolescente se caracterizan por la existencia de canales efectivos de afecto y apoyo, la atención de los padres a la necesidad creciente de autonomía que experimentan los hijos, la comunicación familiar abierta y positiva y las prácticas parentales de socialización adecuada, sin caer en el autoritarismo ni en la negligencia, que ayuden a los hijos a respetar ciertos límites y aprender a controlar su propia conducta.

En este contexto es de resaltar que en la mayoría de los hogares de los participantes en la investigación no se encontraron espacios de interacción que dieran cuenta de la existencia de canales de comunicación adecuados, es de esperarse entonces que la/los adolescentes que pertenecen a estas familias presenten como ya se

mencionó algún tipo de desajuste emocional que para estos casos en particular se hace evidente a través de los síntomas de depresión.

Sin lugar a dudas la desestructuración familiar es un fenómeno evidente en la actualidad y que se hace claro en esta investigación, lo que representa uno de los acontecimientos más estresantes de la vida, y de alguna manera se convierte en factor predisponente para la adquisición y el mantenimiento de la depresión de acuerdo a las diferentes causas de esa desestructuración. Cabe mencionar que en la investigación existen familias que desde el punto de vista de su estructura se consideran nucleares; sin embargo al momento de indagar sobre las funciones de cada uno de sus miembros se encontró que especialmente los padres no cumplen con la función de orientación, apoyo y socialización de sus hijos, limitando su labor al soporte económico, situación que deja a los menores en un estado de privación precisamente en un momento en el cual la compañía y soporte de sus padres o cuidadores es determinante a la hora de cumplir con las tareas propuestas para esta etapa y avanzar hacia una nueva.

.

Es evidente que estos adolescentes aún son emocionalmente dependientes de sus padres y, precisamente en esta época de sus vidas necesitan reglas claras y consecuentes de conducta social que son determinadas esencialmente por ambos padres, con el fin de asegurar la armonía familiar. Muchos de ellos están en el proceso de adquisición de la identidad propia y definitiva, incluida la de tipo sexual, mientras que otros tantos ya la tienen clara.

En el caso de aquellos que ya tienen clara su identidad, se reconoce que esta es una fase del desarrollo intelectual, en que el adolescente atraviesa procesos de cambio. Momento en que se desarrolla la capacidad de juicio y raciocinio, del pensamiento abstracto y se crea una conciencia clara sobre el pasado y las expectativas futuras. Por lo tanto, en este proceso es importante la participación activa de ambos padres, para crear en el adolescente la idea de la realidad que se vive y despertar en ellos sensibilidad hacia los sentimientos ajenos.

Se hace evidente, como para estos adolescentes, es ausente la participación de sus padres en esta formación de ideas y construcción de identidad, de hecho podría afirmarse que los menores carecen de sentido de realidad, pues muchos de ellos manifiestan sentirse incomprendidos y ajenos a sus dinámicas familiares. Estos menores reclaman en cierta medida la visión de sus padres hacia sus vidas, recordemos que en uno de los casos un chico intento abandonar su hogar afirmando querer irse de allí, porque siente que su familia no lo entiende y que prefiere estar donde si lo hagan.

Podría decirse que en términos de identidad, algunos de estos chicos se encuentran de acuerdo a los niveles propuestos por Rice para la adquisición de ella, es decir actualmente cruzan el nivel de moratoria según el cual la persona se dedica a la exploración de alternativas y los compromisos se forman vagamente. En general los chicos participantes en la investigación han evidenciado cambios en sus

personalidades y pasan fácilmente de la alegría a la depresión, y del letargo a la energía, además son fácilmente influenciados por su grupo de pares.

En este contexto retoma gran relevancia el establecimiento de normas y límites claros para los menores, de tal manera que no se la impida u obstaculice la relación con sus pares, pero se ejerza el control necesario para evitar que los menores se incluyan en situaciones de riesgo para su integridad. Los resultados de la entrevista realizada permiten evidenciar la presencia de dos tipos de padres: por un lado unos padres controladores que no permiten la interacción de sus hijos con pares, impidiendo en ellos la formación de valores propios y criterios que les permiten más tarde tomar dediciones y superar conflictos cuando se presenten; por otro lado padres negligentes que optan por el “dejar hacer” con sus hijos, bien sea por que sus ocupaciones no les permiten ocuparse de la supervisión de sus hijos, o por que prefieren mantenerse al margen evadiendo los conflictos que el establecimiento de las normas pudiera generar.

En un caso en particular un adolescente que durante un tiempo optó por asumir la tendencia “emo” y que durante la implementación de el inventario de depresión de Beck obtuvo una puntuación significativa para depresión, solo obtuvo atención de sus cuidadores en el momento en que se inicia en conductas auto-agresivas, sin embargo a pesar de la atención terapéutica que ha recibido aún permanecen conductas de rebeldía y eventualmente se aísla presentando cambios emocionales.

De acuerdo con las tareas psicosociales descritas por Havighurst, para la formación de una identidad positiva estos adolescentes evidentemente no dan cuenta de ellas, ya que presentan bajos niveles de autoestima, difícilmente logran aceptar su cuerpo y usarlo de manera efectiva, expresan ideas de auto castigo y culpabilidad. Apenas si tienen formulación de proyecto de vida, otros no poseen metas para sus vidas, por lo que viven el día a día, con un comportamiento no futurista, sujetos al aquí y el ahora, desempeñando responsabilidades académicas y sociales vagamente.

Las dinámicas familiares de estos adolescentes giran en torno a familias nucleares, con bajos niveles de escolaridad, sus canales de comunicación son escasos, y sus espacios de recreación en familia ausentes. Como ya se mencionó, para estas familias es difícil establecer espacios de dialogo, ya que sus horarios laborales no lo permiten, la mayoría del tiempo estos adolescentes permanecen solos, sin orientación alguna en tanto incumplimiento o cumplimiento de normas, por lo que rara vez reconocen una figura de autoridad.

Prueba de la ausencia de canales de comunicación es el desconocimiento que tienen los padres sobre las actividades extracurriculares que realizan los menores, la mayoría de los padres entrevistados no conocen los gustos, pasatiempos y proyectos de vida de sus hijos adolescentes, es decir no existe un control y acompañamiento en estos momentos y situaciones, que de acuerdo a la teoría revisada retoman gran relevancia para los menores, tal como es sabido los amigos y pares juegan un papel

importante en la dinámica del adolescente, pero resulta más significativo la importancia que este da a su núcleo familiar aun cuando no lo exprese abiertamente.

La agresividad es para algunas de estas dinámicas familiares el freno de mano que evita y obstaculiza, comunicación asertiva, orientación en tanto toma de decisiones, manejo de emociones y conocimiento de los miembros de la familia, así como promueve constantes conflictos. Por ejemplo al cuestionar en la entrevista familiar por los espacios de diálogo se reciben respuestas como:

-“No como le digo pues nosotros si, mi mamá y mi esposo pero con Juan no, porque a él no le gusta-“.

-“la verdad solo los espacios de alimentación y de vez en cuando salimos pero difícilmente, porque ellos ya tienen sus novias y salen es con ellas”.

-“la verdad muy poco, porque cada uno quiere estar por su lado, mi mama mantiene sola y mi hijo es muy rebelde”.

Al indagar sobre la forma como se resuelven los conflictos se hizo evidente que algunos de estos núcleos familiares si identifican situaciones difíciles y abren espacios de orientación, apoyando al menor en su resolución, brindando ayuda, aconsejando o sugiriendo posibles formas adecuadas de respuesta, sin embargo esta situación no se presentó en la mayoría de las familias, quienes prefieren evadir el conflicto, permitiendo que el menor tome decisiones y resuelva sus problemas de

manera individual, esta situación ha generado en los chicos un repliegue hacia sí mismos, aislándose física y emocionalmente e incluso respondiendo de forma agresiva cuando uno de sus padres o cuidadores indaga sobre sus conflictos.

Al revisar los aspectos teóricos referentes a este tema se encontró que Castells y Silber (2003), describen la agresividad de los menores como un llamado de atención que realizan los adolescentes a sus cuidadores, el cual involucra un reclamo de normas y límites, sin embargo, se evidenció que los padres de los menores participante en la investigación responden con evitación, generando en esta área un estilo de disciplina negligente, de acuerdo a lo planteado igualmente por Musitú, Román y Gutierrez (1996).

Para algunos de estos casos la mala relación con su medio familiar hace que estos chicos adopten un papel de víctimas debido a la idea que tienen de sus padres como figuras amenazantes y de autoridad, y la de ellos como débiles, lo cual hace que les atraiga ser victimizados por sus iguales. En este caso de los adolescentes con problemas de victimización, se evidencian más problemas de salud mental junto a la depresión, posiblemente ansiedad y estrés en comparación con quienes se encuentran integrados y son aceptados por sus iguales.

Algunos autores plantean que la adquisición de la depresión trae un contenido hereditario, en dos de estos casos existe esa relación con antecedentes de enfermedades mentales por parte de las familias, puntualmente en el caso de depresión moderada, una de las madres manifestó que un familiar cercano fue

diagnosticado con depresión y posteriormente se suicidó, y en uno de los casos de depresión leve, la madre debe administrarse medicamentos por presentar constante inestabilidad emocional.

Esta condición hereditaria, evidencia que la existencia en la familia de una persona (no necesariamente la madre o el padre) con una enfermedad mental, en este caso depresión, facilita la aparición de esa misma enfermedad en otro familiar (no necesariamente en el hijo). Cabe añadir otra información, ya que la genética, por sí sola no permite predecir quién padecerá la enfermedad y quién no la padecerá, diversos factores de la vida del individuo (estrés, aprendizaje, familia, pares, duelos, y demás) tendrían un papel igualmente relevante.

Se reconoce en los trece casos que las depresiones se deben a combinaciones distintas de una serie de factores que influyen de diverso modo en estos adolescentes, algunos factores genéticos y una baja en la salud del organismo pueden ser importantes, circunstancias del ambiente o sucesos en la propia vida del adolescente lo desgastan y contribuyen a su manifestación depresiva. Estos adolescentes también difieren en el modo de expresar, sus alteraciones emocionales, se dan cambios en los sentimientos y ciertas modificaciones en la conducta que se pueden atribuir directamente al estado emocional alterado. Estos son desánimo, sentimientos negativos hacia sí mismo o baja autoestima, reducción de la gratificación, pérdida de los apegos emocionales, periodos de llanto, pérdida de la respuesta de alegría o aumento rápido de la tristeza y apatía.

En el contenido cognitivo, estos adolescentes distorsionan actitudes hacia ellos mismos, sus experiencias y su futuro; tienen auto evaluaciones bajas, distorsiones de su auto imagen, expectativas negativas, auto culpa e indecisión. En las manifestaciones motivacionales, aparecen experiencias de lucha o de enfrentamiento al mundo, en esencia, rindiéndose a sus impulsos pasivos y a su deseo de retirarse o cometer suicidio; estas manifestaciones los llevan al aislamiento de sus familias y amigos.

Finalmente en las alteraciones somáticas: hay pérdida del apetito, disturbios del sueño, pérdida de la libido y fatiga, aunque no en todos los casos, pues para los chicos con puntuaciones de depresión leve, estas alteraciones son ausentes.

Coherente a la teoría, se entiende que la comunicación familiar constante, fluida y empática ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye de forma positiva en el bienestar psicológico del adolescente. No obstante en tres de los trece adolescentes de esta investigación, se identifica según las entrevistas familiares, constantes espacios de comunicación, sin embargo estos adolescentes obtuvieron puntuaciones de depresión moderada (1) y leve (2), entre los que se encuentra una de las chicas de esta investigación.

En relación a la distinción de género, se ha mencionado que el número de participantes femeninas, no permite establecer diferencias, aunque si es claro que las relaciones observadas no varían entre hombres y mujeres, ellos conceden menor

importancia a los patrones ofensivos en familia, mientras que para ellas la existencia de una mala comunicación puede alterar su salud mental.

Es importante aclarar que dado el carácter investigativo de este estudio, sólo se puede afirmar que existe una asociación entre el tipo de familia extensa y la depresión en el adolescente, sin que se pueda establecer una relación de causa efecto, pues no se conoce realmente la secuencia temporal de los acontecimientos, si el tipo de familia llevó al adolescente a la depresión o la depresión del adolescente influyó en la funcionalidad de la familia.

De tal manera la relación encontrada entre calidad de la relación familiar y depresión sugiere una vez más el papel de la familia como factor protector importante en el riesgo de depresión. Un contexto familiar con características positivas, canales adecuados de comunicación, y excelentes espacios de convivencia constituye el pilar fundamental sobre el que se forman adolescentes cuidadosos, responsables y felices.

8. ANALISIS ESTADÍSTICO

Cuestionario de Pensamientos Automáticos ATQ y ATQ-P

Notas		
Resultados creados	19-JUL-2009 18:12:29	
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Documents and Settings\Administrador\Mis documentos\TesisNovia.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos0
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	14
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	MISSING=EXCLUDE: Los valores definidos como perdidos por el usuario son considerados como perdidos.
	Casos utilizados.	LISTWISE: Los estadísticos se basan en casos que no tienen valores perdidos para ninguna variable utilizada.
Sintaxis	<p>FACTOR /VARIABLES Pregunta1 Pregunta2 Pregunta3 Pregunta4 Pregunta5 Pregunta6 Pregunta7 Pregunta8 Pregunta9 Pregunta10 Pregunta11 Pregunta12 Pregunta13 Pregunta14 Pregunta15 Pregunta16 Pregunta17 Pregunta18 Pregunta19 Pregunta20 Pregunta21 Pregunta22 Pregunta23 Pregunta24 Pregunta25 Pregunta26 Pregunta27 Pregunta28 Pregunta29 Pregunta30 Pregunta31 Pregunta32 Pregunta33 Pregunta34 Pregunta35 Pregunta36 Pregunta37 Pregunta38 Pregunta39 Pregunta40 Pregunta41 Pregunta42 Pregunta43 Pregunta44 Pregunta45 Pregunta46 Pregunta47 Pregunta48 Pregunta49 Pregunta50 Pregunta51 Pregunta52 Pregunta53 Pregunta54 Pregunta55 Pregunta56 Pregunta57 Pregunta58 Pregunta59 Pregunta60 /MISSING LISTWISE /ANALYSIS Pregunta1 Pregunta2 Pregunta3 Pregunta4 Pregunta5 Pregunta6 Pregunta7 Pregunta8 Pregunta9 Pregunta10 Pregunta11 Pregunta12 Pregunta13 Pregunta14 Pregunta15 Pregunta16 Pregunta17 Pregunta18 Pregunta19</p>	

		Pregunta20 Pregunta21 Pregunta22 Pregunta23 Pregunta24 Pregunta25 Pregunta26 Pregunta27 Pregunta28 Pregunta29 Pregunta30 Pregunta31 Pregunta32 Pregunta33 Pregunta34 Pregunta35 Pregunta36 Pregunta37 Pregunta38 Pregunta39 Pregunta40 Pregunta41 Pregunta42 Pregunta43 Pregunta44 Pregunta45 Pregunta46 Pregunta47 Pregunta48 Pregunta49 Pregunta50 Pregunta51 Pregunta52 Pregunta53 Pregunta54 Pregunta55 Pregunta56 Pregunta57 Pregunta58 Pregunta59 Pregunta60 /PRINT INITIAL EXTRACTION /CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25) /EXTRACTION PC /ROTATION NOROTATE /METHOD=CORRELATION .
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,05
	Tiempo transcurrido	0:00:00,14
	Memoria máxima necesaria	404280 (394,805K) bytes

[Conjunto_de_datos0] C:\Documents and Settings\Administrador\Mis documentos\TesisNovia.sav

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
Pregunta1	1,000	,995
Pregunta2	1,000	,995
Pregunta3	1,000	,988
Pregunta4	1,000	1,000
Pregunta5	1,000	,995
Pregunta6	1,000	,990
Pregunta7	1,000	,981
Pregunta8	1,000	,993
Pregunta9	1,000	1,000
Pregunta10	1,000	,981
Pregunta11	1,000	,999
Pregunta12	1,000	,985
Pregunta13	1,000	1,000
Pregunta14	1,000	,978

Pregunta15	1,000	,958
Pregunta16	1,000	,918
Pregunta17	1,000	,995
Pregunta18	1,000	1,000
Pregunta19	1,000	,985
Pregunta20	1,000	,992
Pregunta21	1,000	,992
Pregunta22	1,000	,996
Pregunta23	1,000	,928
Pregunta24	1,000	,970
Pregunta25	1,000	,991
Pregunta26	1,000	,995
Pregunta27	1,000	,995
Pregunta28	1,000	,993
Pregunta29	1,000	,995
Pregunta30	1,000	1,000
Pregunta31	1,000	1,000
Pregunta32	1,000	,974
Pregunta33	1,000	,991
Pregunta34	1,000	1,000
Pregunta35	1,000	,999
Pregunta36	1,000	,998
Pregunta37	1,000	,999
Pregunta38	1,000	,958
Pregunta39	1,000	,995
Pregunta40	1,000	,999
Pregunta41	1,000	,961
Pregunta42	1,000	,985
Pregunta43	1,000	,999
Pregunta44	1,000	,998
Pregunta45	1,000	,990
Pregunta46	1,000	,994
Pregunta47	1,000	1,000
Pregunta48	1,000	,988
Pregunta49	1,000	,982
Pregunta50	1,000	,997

Pregunta51	1,000	,987
Pregunta52	1,000	,984
Pregunta53	1,000	,994
Pregunta54	1,000	,952
Pregunta55	1,000	1,000
Pregunta56	1,000	,994
Pregunta57	1,000	,979
Pregunta58	1,000	,977
Pregunta59	1,000	,999
Pregunta60	1,000	,968
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	17,966	29,944	29,944	17,966	29,944	29,944
2	8,836	14,727	44,670	8,836	14,727	44,670
3	5,844	9,740	54,411	5,844	9,740	54,411
4	5,325	8,875	63,286	5,325	8,875	63,286
5	4,671	7,785	71,071	4,671	7,785	71,071
6	4,130	6,883	77,954	4,130	6,883	77,954
7	3,525	5,876	83,829	3,525	5,876	83,829
8	2,862	4,770	88,599	2,862	4,770	88,599
9	2,473	4,121	92,721	2,473	4,121	92,721
10	2,115	3,525	96,245	2,115	3,525	96,245
11	1,480	2,466	98,712	1,480	2,466	98,712
12	,773	1,288	100,000			
13	1,06E-015	1,77E-015	100,000			
14	8,58E-016	1,43E-015	100,000			
15	8,05E-016	1,34E-015	100,000			
16	6,33E-016	1,05E-015	100,000			
17	5,70E-016	9,50E-016	100,000			

18	5,26E-016	8,77E-016	100,000			
19	4,78E-016	7,97E-016	100,000			
20	4,38E-016	7,31E-016	100,000			
21	4,20E-016	7,00E-016	100,000			
22	4,03E-016	6,72E-016	100,000			
23	3,40E-016	5,66E-016	100,000			
24	3,21E-016	5,35E-016	100,000			
25	3,14E-016	5,23E-016	100,000			
26	2,74E-016	4,56E-016	100,000			
27	2,55E-016	4,24E-016	100,000			
28	2,47E-016	4,12E-016	100,000			
29	2,37E-016	3,94E-016	100,000			
30	2,06E-016	3,44E-016	100,000			
31	1,83E-016	3,05E-016	100,000			
32	1,57E-016	2,61E-016	100,000			
33	1,35E-016	2,24E-016	100,000			
34	1,00E-016	1,67E-016	100,000			
35	6,95E-017	1,16E-016	100,000			
36	5,75E-017	9,58E-017	100,000			
37	4,24E-017	7,07E-017	100,000			
38	4,35E-018	7,25E-018	100,000			
39	-1,67E-017	-2,78E-017	100,000			

40	-2,44E-017	-4,06E-017	100,000			
41	-4,05E-017	-6,75E-017	100,000			
42	-7,55E-017	-1,26E-016	100,000			
43	-1,08E-016	-1,80E-016	100,000			
44	-1,32E-016	-2,20E-016	100,000			
45	-1,58E-016	-2,64E-016	100,000			
46	-1,80E-016	-3,01E-016	100,000			
47	-1,95E-016	-3,24E-016	100,000			
48	-2,22E-016	-3,70E-016	100,000			
49	-2,59E-016	-4,32E-016	100,000			
50	-2,83E-016	-4,72E-016	100,000			
51	-2,96E-016	-4,94E-016	100,000			
52	-3,21E-016	-5,35E-016	100,000			
53	-3,74E-016	-6,23E-016	100,000			
54	-3,95E-016	-6,58E-016	100,000			
55	-4,15E-016	-6,92E-016	100,000			
56	-4,37E-016	-7,28E-016	100,000			
57	-5,16E-016	-8,60E-016	100,000			
58	-5,70E-016	-9,49E-016	100,000			
59	-7,14E-016	-1,19E-015	100,000			
60	-8,94E-016	-1,49E-015	100,000			
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.						

Matriz de componentes(a)											
	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pregunta1	,677	,397	,081	-,058	-,163	,016	,102	,318	,147	,457	-,039
Pregunta2	-,628	,599	-,067	,106	,248	,035	-,376	-,096	-,025	,038	,103
Pregunta3	,482	,534	,371	-,409	-,228	-,126	-,084	,102	-,272	,085	,005
Pregunta4	-,294	,155	,473	-,321	-,088	-,359	-,484	,159	,353	-,018	-,206
Pregunta5	-,825	-,228	,232	,147	,028	-,077	-,229	,340	-,099	-,056	,021
Pregunta6	,250	-,080	-,019	-,236	-,402	,805	,067	,071	,023	,136	,161
Pregunta7	-,407	-,324	,269	-,228	,483	,303	,244	,203	-,103	,379	-,075
Pregunta8	-,771	,002	,212	,035	,279	-,380	-,027	,253	-,006	,069	-,246
Pregunta9	,478	,643	-,097	,064	-,060	-,478	,255	,051	,076	,145	-,132
Pregunta10	,313	,437	,431	-,329	,204	-,140	,064	-,526	,208	-,092	,059
Pregunta11	,258	,643	-,463	,396	-,172	,177	-,228	,057	-,112	-,131	,047
Pregunta12	-,464	,220	,233	-,426	-,187	-,445	-,343	,306	,044	,102	-,174
Pregunta13	,423	,348	-,317	-,219	,218	-,009	,448	,431	-,327	-,094	-,031
Pregunta14	,367	,407	,217	,736	-,210	,069	-,093	,098	-,122	-,058	-,066
Pregunta15	-,812	-,098	,159	,004	,362	,101	-,062	,227	-,177	,053	,179
Pregunta16	,449	-,222	,258	,312	-,282	,242	-,394	,318	,240	,099	,207
Pregunta17	-,453	-,416	,191	,190	,424	,163	-,176	,233	,072	-,432	,247
Pregunta18	-,749	,035	,293	,267	,010	,494	,065	-,179	-,015	,009	,001
Pregunta19	-,213	,655	-,161	,029	-,293	,208	-,070	-,386	-,342	,076	-,281
Pregunta20	-,929	-,063	-,156	-,047	-,139	,149	-,090	-,099	-,142	-,102	-,088
Pregunta21	,129	,622	-,340	-,012	-,403	-,104	-,119	,215	-,293	-,317	,228
Pregunta22	-,193	,805	,109	-,319	,076	,157	-,191	,112	,130	-,276	-,157
Pregunta23	,147	,288	,587	,522	-,101	,081	-,334	-,192	-,157	-,131	-,014
Pregunta24	,335	,650	,362	-,285	-,098	,336	-,021	-,023	-,207	,233	,052
Pregunta25	,145	,676	,499	,149	,025	,177	,056	-,363	,224	,007	,157
Pregunta26	-,219	,382	-,722	,244	,372	-,096	,093	-,126	,134	,144	,090
Pregunta27	-,651	,296	-,125	,313	,141	-,168	-,209	-,009	-,164	,297	,402
Pregunta28	-,569	,348	,324	-,099	,606	,021	-,130	-,035	,140	,156	,060
Pregunta29	,373	,212	,349	-,075	-,506	-,014	,572	-,043	,263	,167	-,035
Pregunta30	,736	,143	-,107	,066	,581	-,154	-,112	,099	-,040	,120	-,151
Pregunta31	,580	-,159	-,030	-,318	,134	,478	,171	,427	,136	-,165	-,176
Pregunta32	,687	,536	,176	,360	,013	-,065	,043	,045	-,137	-,087	,143

Pregunta33	-,292	,371	,417	,319	,244	,146	,273	,183	,043	-,529	-,150
Pregunta34	,575	-,099	,202	,466	,364	,168	,147	,163	-,426	-,087	-,059
Pregunta35	,412	-,180	,059	,715	,437	,172	,014	-,057	-,083	,035	-,223
Pregunta36	-,713	,502	-,196	,062	,372	-,032	,072	-,216	,030	-,057	,001
Pregunta37	,553	-,502	-,045	,391	,083	,288	-,066	-,370	,133	,084	-,176
Pregunta38	-,210	,596	-,357	-,152	,177	,499	,133	,288	,124	,084	,064
Pregunta39	-,278	,437	-,249	-,154	-,216	,645	-,309	,253	,081	,099	-,055
Pregunta40	,238	,066	,400	,440	-,569	,176	-,197	,083	-,110	-,181	-,373
Pregunta41	,951	,106	-,014	-,061	,119	,052	-,003	,115	-,066	,028	-,083
Pregunta42	-,345	,571	,209	,055	-,224	-,493	,205	,031	,176	-,342	,103
Pregunta43	,942	-,209	-,009	,126	,080	,062	-,099	-,009	,021	,056	,169
Pregunta44	,450	,118	,444	-,470	,379	,271	,003	-,149	-,253	-,179	,168
Pregunta45	-,718	,263	-,055	-,003	-,009	,170	,529	,149	-,060	,001	-,260
Pregunta46	-,177	-,300	,336	,015	-,231	,137	,565	,116	,437	-,332	,230
Pregunta47	-,574	-,262	,434	,323	,032	-,123	,371	,009	-,352	,129	,117
Pregunta48	-,311	,051	,581	,259	-,290	-,193	,420	,006	-,018	,410	,135
Pregunta49	,826	,199	-,064	,041	,159	,087	-,006	-,420	,207	,039	,021
Pregunta50	-,214	,246	,512	-,322	,483	,374	,114	-,155	,262	-,031	-,215
Pregunta51	-,364	,436	-,262	,490	-,092	,280	,169	,191	,437	,028	,114
Pregunta52	,158	,336	,697	,222	,210	-,045	-,273	,356	,027	,249	,029
Pregunta53	,526	,327	,192	-,196	,176	-,175	,475	-,030	-,475	-,089	,115
Pregunta54	,847	-,007	-,191	-,121	,193	-,072	-,067	,370	,000	-,017	,021
Pregunta55	,928	-,100	-,045	,120	,173	-,039	-,156	,054	,206	,102	,025
Pregunta56	,627	,336	-,184	-,487	,328	-,008	-,179	-,155	,030	-,212	,092
Pregunta57	-,013	,340	-,487	,499	,158	-,309	,341	,133	,315	-,036	-,152
Pregunta58	,791	,041	,263	,089	,140	-,223	-,006	,243	,245	-,076	,280
Pregunta59	-,815	,210	-,108	-,286	-,348	,153	,106	-,015	-,090	,015	,184
Pregunta60	-,506	,667	-,165	,311	,247	,093	,022	,051	,145	,223	,011
Método de extracción: Análisis de componentes principales.											
a 11 componentes extraídos											

Inventario de Depresión de Beck

		Notas
Resultados creados		19-JUL-2009 18:24:18
Comentarios		
Entrada	Datos	C:\Documents and Settings\Administrador\Mis documentos\TesisNovia2.sav
	Conjunto de datos activo	Conjunto_de_datos1
	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	13
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	MISSING=EXCLUDE: Los valores definidos como perdidos por el usuario son considerados como perdidos.
	Casos utilizados.	LISTWISE: Los estadísticos se basan en casos que no tienen valores perdidos para ninguna variable utilizada.
Sintaxis	<p>FACTOR /VARIABLES Pregunta1 Pregunta2 Pregunta3 Pregunta4 Pregunta5 Pregunta6 Pregunta7 Pregunta8 Pregunta9 Pregunta10 Pregunta11 Pregunta12 Pregunta13 Pregunta14 Pregunta15 Pregunta16 Pregunta17 Pregunta18 Pregunta19 Pregunta20 Pregunta21 /MISSING LISTWISE /ANALYSIS Pregunta1 Pregunta2 Pregunta3 Pregunta4 Pregunta5 Pregunta6 Pregunta7 Pregunta8 Pregunta9 Pregunta10 Pregunta11 Pregunta12 Pregunta13 Pregunta14 Pregunta15 Pregunta16 Pregunta17 Pregunta18 Pregunta19 Pregunta20 Pregunta21 /PRINT INITIAL EXTRACTION /CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25) /EXTRACTION PC /ROTATION NOROTATE /METHOD=CORRELATION .</p>	
Recursos	Tiempo de procesador	0:00:00,00
	Tiempo transcurrido	0:00:00,00
	Memoria máxima necesaria	53124 (51,879K) bytes

[Conjunto_de_datos1] C:\Documents and Settings\Administrador\Mis documentos\TesisNovia2.sav

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
Pregunta1	1,000	,943
Pregunta2	1,000	,865
Pregunta3	1,000	,598
Pregunta4	1,000	,903
Pregunta5	1,000	,961
Pregunta6	1,000	,819
Pregunta7	1,000	,912
Pregunta8	1,000	,980
Pregunta9	1,000	,772
Pregunta10	1,000	,898
Pregunta11	1,000	,899
Pregunta12	1,000	,917
Pregunta13	1,000	,859
Pregunta14	1,000	,884
Pregunta15	1,000	,954
Pregunta16	1,000	,960
Pregunta17	1,000	,987
Pregunta18	1,000	,946
Pregunta19	1,000	,780
Pregunta20	1,000	,934
Pregunta21	1,000	,971
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,595	26,645	26,645	5,595	26,645	26,645
2	4,007	19,083	45,727	4,007	19,083	45,727
3	2,808	13,373	59,100	2,808	13,373	59,100
4	2,099	9,996	69,097	2,099	9,996	69,097
5	1,855	8,832	77,929	1,855	8,832	77,929
6	1,269	6,042	83,972	1,269	6,042	83,972

7	1,108	5,275	89,246	1,108	5,275	89,246
8	,791	3,767	93,013			
9	,734	3,495	96,508			
10	,418	1,991	98,500			
11	,224	1,068	99,568			
12	,091	,432	100,000			
13	2,60E-016	1,24E-015	100,000			
14	1,46E-016	6,97E-016	100,000			
15	4,97E-017	2,37E-016	100,000			
16	9,24E-018	4,40E-017	100,000			
17	-3,12E-017	-1,49E-016	100,000			
18	-6,41E-017	-3,05E-016	100,000			
19	-1,67E-016	-7,95E-016	100,000			
20	-2,15E-016	-1,02E-015	100,000			
21	-3,78E-016	-1,80E-015	100,000			
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.						

Matriz de componentes(a)							
	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Pregunta1	,928	-,087	,165	,110	-,142	-,119	-,032
Pregunta2	,759	-,145	-,440	,084	,035	,257	,021
Pregunta3	,643	,098	,091	,005	-,289	-,233	,169
Pregunta4	,576	-,340	-,147	-,092	,305	,456	-,351
Pregunta5	,076	,493	,460	,147	-,598	-,094	-,337
Pregunta6	-,276	-,285	,739	-,237	,181	,141	-,078
Pregunta7	,738	-,243	,142	-,505	-,004	,176	,038
Pregunta8	-,260	-,713	,093	-,471	-,339	-,140	,198
Pregunta9	,444	-,264	,265	,465	-,155	-,440	,027
Pregunta10	,639	,588	,216	-,128	-,201	,135	,149
Pregunta11	,334	,586	-,213	-,337	-,112	,102	,512

Pregunta12	,865	,192	,248	,153	,157	,047	,138
Pregunta13	,104	-,382	,358	,754	-,033	,057	,038
Pregunta14	,656	-,100	-,406	,256	-,272	,185	-,326
Pregunta15	-,163	,071	,772	,259	,397	,172	,269
Pregunta16	-,224	,885	,055	,218	,169	,172	-,133
Pregunta17	,099	,452	-,203	-,132	,642	-,449	-,316
Pregunta18	-,341	-,276	-,432	,577	,071	,323	,352
Pregunta19	-,290	,456	-,595	,213	-,134	-,220	,146
Pregunta20	-,162	,855	,273	-,023	-,127	,292	-,004
Pregunta21	,705	,039	,010	,037	,581	-,293	,218
Método de extracción: Análisis de componentes principales.							

9. CONCLUSIONES

La investigación presentada hace hincapié, en la influencia de la familia en el mantenimiento y adquisición de depresión en adolescentes, de esta manera teniendo en cuenta los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- La desestructuración familiar es un fenómeno evidente al interior de las familias participantes en la investigación, en 8 de las 13 entrevistadas los menores viven sólo con uno de sus padres, incluso algunos de los que viven con ambos padres mantienen una relación distante con uno de ellos, por tanto puede afirmarse que para el caso de estos adolescentes la permanencia en este tipo de familia puede considerarse un factor predisponente para el desarrollo y mantenimiento de síntomas de depresión.
- Teniendo en cuenta que es durante la etapa de la adolescencia en que se empiezan a establecer criterios de identidad, esta situación de desestructuración y disfuncionalidad familiar, involucran al adolescente en un grupo de alto riesgo, con mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos emocionales en especial de tipo depresivo.
- Otro de los aspectos tenidos en cuenta durante la entrevista y considerado por los investigadores como determinante en el desarrollo y mantenimiento de la depresión es la comunicación familiar. En este sentido se encontró que sólo en 3 de las familias entrevistadas hay constancia y fluidez en la comunicación, abordando temas que van más allá de las instrucciones y las órdenes, indagando por emociones, sentimiento y afectos. Las familias restantes no

evidenciaron espacios de comunicación bien sea por que las labores no lo permiten o por que se toma esta posición como mecanismo para evadir situaciones conflictivas, este fenómeno ha desencadenado en los menores un aislamiento que favorece el desarrollo de los síntomas de depresión y su mantenimiento.

- Los datos obtenidos durante la entrevista permiten identificar un grupo de padres que evidencia el desconocimiento de la etapa de adolescencia y las conductas consideradas adecuadas para ella, asumiendo posiciones que van desde el control extremo, hasta la negligencia, lo cual obstaculiza el logro de las tareas estipuladas para esta etapa, generando en algunos casos trastornos como la depresión, para la cual además no se evidenció ningún tipo de intervención, posiblemente por que no existe una claridad sobre la gravedad de esta situación.
- Respecto al establecimiento de normas y límites, tenido en cuenta como componente fundamental de una familia funcional, se encontró que en la mayoría de estos hogares, dichos límites son difusos, la permanencia de los menores en casa sin la supervisión de un adulto ha permitido que ellos tomen decisiones y asuman actividades sin ningún control, Es posible que los padres traten de compensar su ausencia con concesiones que ellos consideran privilegios, pero que finalmente se convierten en una carga para los adolescentes que no se encuentran preparados para tomar estas responsabilidades.

- Puede afirmarse finalmente que más que el tipo de familia, las relaciones que se establecen en ella, la ausencia de canales o espacios de comunicación y la baja o nula normatividad son aspectos altamente predictores de desarrollo y mantenimiento de síntomas de depresión.
- Las familias participantes en la investigación pertenecen a tres tipologías básicamente: monoparentales, con predominio de la madre como cabeza de familia; extensas, en la cual se incluyen abuelos, o tíos y nucleares, con padre madre y hermanos.
- Respecto a otras características familiares, se encontró que en la mayoría de ellas existe una marcada distancia entre cada uno de sus miembros, la cual se intensifica con el miembro adolescente, los argumentos que ellos presentan para esta situación hacen referencia a la evitación de los conflictos o la dificultad en los horarios laborales que manifiestan no les permite compartir con los menores.
- Al tratar de identificar los síntomas mas frecuentes de depresión en los adolescentes, se encontró un patrón recurrente de aislamiento, abandono de actividades que en otro momento fueron consideradas como placenteras para el adolescente, tristeza constante y en algunos casos visión negativa de si mismos, e insatisfacción con su imagen. Estas características que en alguna medida son consideradas “normales” durante la adolescencia, presentan una exacerbación marcada en esta población.
- Sin lugar a dudas, este trabajo tiene, como otras investigaciones sobre el mismo tema, limitaciones metodológicas, por ejemplo, considerar la

desestructuración y disfuncionalidad un grupo homogéneo en la adquisición de la depresión, sin tener en cuenta el motivo de la desestructuración, la duración de este proceso, los conflictos previos y las características de la relación de los hijos con el miembro ausente del subsistema conyugal.

- Es claro que los antecedentes familiares, son un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en adolescentes.
- En tanto la triada cognitiva, solo una pequeña parte de estos adolescentes presentan distorsión en los pensamientos de si mismos, del futuro y de los demás. Lo que lleva pensar que en estos casos no hay presencia de errores cognitivos pues estos adolescentes tienen perspectivas positivas. De tal manera en la resolución del inventario de pensamientos automáticos se puede visualizar prevalencia de pensamientos negativos en 4 de los 13 adolescentes, mientras para el resto de ellos la prevalencia es de pensamientos positivos.

10. RECOMENDACIONES

Una vez discutidos los resultados y elaboradas las conclusiones a partir de esta investigación, en términos de recomendaciones es necesario mencionar la importancia de identificar factores de riesgo al interior de la familia y elaborar planes de trabajo desde las diferentes áreas que pudiesen desarrollarse allí, social y psicológicamente. A fin de disminuir las diferentes situaciones al interior de la dinámica familiar que influyen en la depresión.

De igual manera resulta indispensable establecer espacios de familia en la dinámica escolar, que permitan fortalecer lasos de comunicación inter familiares, para viabilizar constantes espacios de comunicación asertiva en la dinámica familiar y así lograr un adecuado manejo en tanto dificultades, manejo de emociones, resolución de conflictos y hasta toma de desiciones.

Al momento de una separación conyugal o familiar, es de gran importancia aclarar a los hijos menores de edad, los motivos de separación a modo que estos no interpreten erróneamente y se culpen por la situación, manifestándolo en síntomas depresivos.

Es necesario recordar que en esta investigación se indagó la función familiar y no la influencia de otras características, lo cual hubiese sido importante para comparar resultados y tener un sustento más sólido en torno a los factores familiares que se asociación con la depresión en el adolescente. Más que clasificar a las familias como funcionales y disfuncionales, se decidió analizar las funciones

familiares para ser más descriptivos y tener una mejor idea sobre las características del comportamiento familiar relacionadas con la depresión del adolescente.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. y Gary Emery. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Ed. Desclee de Brouwer, s. a.
- Burns, D. (1990). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Ed. Paidós.
- Caballo, V. y Ángel, S. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ed. Pirámide.
- Castells, P. y Tomas, S. (2000). *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Ed. Planeta Prácticos.
- Casullo, M. Martina. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación Psicológica*. Ed. Paidós.
- Cava, M. y Musitu, G. (2002). *La convivencia en la escuela*. Ed. Paidós.
- Craig, G (1997). *Desarrollo psicológico*. Ed. Prentice-hall hispanoamericana.
- *Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD)*. Recuperado en Agosto de 2008
<http://www.depression.psicomag.com>.
- *Del barrio, V. (2000). La depresión infantil y posibles soluciones*. Ed. Aljibe.
- Dense, F. y Bernadette, P. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*.
- Gimeno, A. (1999). *La familia: el desafío de la diversidad*. Ed. Ariel psicología. Barcelona.

- Giraldo, B. (1997). *Consideraciones éticas al trabajar con sujetos humanos*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Grau, R. Correa, C. & Rojas, M. (1999). *Metodología de la investigación*. Corunversitaria. Ibagué.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ed. Paidos.
- Herbert, M. (1992). *Adolescencia y Depresión: abordaje focal 1. Vivir con Adolescentes*. Ed. Planeta.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (1998) *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill México.
- <http://www.latarde.com>
- Instituto Colombiano de Bienestar familiar y Unión Europea. (2006) *Bogotá hacia una ciudad incluyente de niños, niñas, jóvenes y familias en situación de calle*. Bogota.
- Jonson, L. Rosenfeld, G. (1997). *Cuando papá y mamá ya no viven juntos. Como enseñarle a los niños a adaptarse a esta situación*. Ed. Norma.
- Musitu, G. Garcia, E. (2000) *Psicología Social de la Familia* ed. Paidos. España.
- Musitu, G. Roma, J.M. & Gutierrez, M. (1998) *Educación familiar y socialización de los hijos*. Ed. Idea Books, s.a. Barcelona España.
- Morris, Ch. (1997). *Psicología*. Ed. Prentice-hall hispanoamericana.

- Palacios, J. (1997). *Psicología de la Adolescencia*. traducción de: Horrocks, J. (1984). *The psychology of adolescents*.
- Pardo, Sandoval & Umbarila (2004). *Adolescencia y depresión*. (versión electrónica) Revista colombiana de Psicología Universidad Nacional de Colombia (13), 17-32.
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo humano*. Novena edición. Editorial Mac Graw Hill.
- Pereira, C. y Barros, H. (s.f) *Servicio de Higiene y Epidemiología, Facultad de Medicina de Porto, Porto - Portugal*. Recuperado en Junio de 2008. www.elsevier.es/revista.
- Pineda, E. Alvarado, E. y Hernández, F. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de la salud*.
- *Proyectos psicología. Universidad Pontificia Bolivariana*. Mercedes Larrota. *Relación entre el trastorno depresivo en adolescentes y la funcionalidad de su familia de origen*. Bucaramanga Agosto 4. s.f. Recuperado en Agosto de 2008. <http://www.upbbga.edu.co/investigaciones/proyectos/psicologia>.
- Proyectos de población. Censo Dane 2005-2008. <http://www.dane.gov.co>.
- Ramallo, F. y Navia, A. (1994). *Terapia Cognitivo-Conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Ed. Fundación universidad-empresa planeta.

- Randy, W. Kamphaus, P. Frick, J. (2005). Evaluación clínica de la personalidad y la conducta. Del niño y del adolescente. Ed. El manual moderno.
- Revista Colombiana de Psicología, 2004, N° 13. Graciela Pardo, Adriana Sandoval y Diana Umbarila. *Adolescencia y Depresión*. Recuperado en Agosto de 2008. <http://www.humanas.unal.edu.co>.
- Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Vol. 40. n 1. Santiago de Chile. 2002. Silvia Gaviria, María de los Ángeles Rodríguez, Tatiana Álvarez. *Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia*. Recuperado en Mayo de 2008. <http://www.scielo.cl/scielo.php>.
- Revista Investigación Andina. Vol. 8. 2000 José William. *Prevalencia de depresión en los adolescentes de los programas de la facultad de ciencias de la salud en la Fundación Universitaria del Área Andina Pereira*. Recuperado en Mayo de 2008 <http://www.scienti.colciencias.gov.co>
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano*. Ed. Prentice-hall hispanoamericana.
- Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá. 1995. *Segundo estudio nacional de salud y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1995*. Recuperado 28 de septiembre (www.humanas.unal.edu.co).
- Taylor, S. y Bodgan, R. (1994). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. Ed. Paidós.
- Toro, R. Yepes, L. Vélez, H. y Rojas, W. (1994). *Fundamentos de Medicina Psiquiatría*. Ed. Presencia.

- Valdés, M. Florenzano, R. Carrasco, E. y col. (). Terapia familiar y de pareja. Ed.
 - <http://www.usbbog.edu.co>
-
- ❖ Apps, J. Winkler, J. Matthew, D. (2008). *Bipolar Disorders: Symptoms And Treatment in Children and Adolescents*. Tomo 34, N° 1.
 - ❖ Beam, M. Gil-Rivas, V. Greenberger, E. Chuansheng, Ch (2002). *Adolescent problem behavior and depressed mood: Risk and protection within and across social contexts*. Vol. 31, Iss. 5.
 - ❖ Benedetto, V. Pearson, J. (2008). *A Depressed Adolescent at High Risk of Suicidal Behavior*. Vol. 165, Iss. 3
 - ❖ Corsano, P. Majorano, M. Champretavy, L. (2006). *Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone*. Vol. 41, Iss. 162.
 - ❖ Hale, w. VanderValk, I. Akse y Meeus. W. (2008). *La interacción de los síntomas depresivos de adolescentes tempranos, la agresión y el rechazo paternal percibido*. Tomo 37, N° 8.
 - ❖ Montague, M. Craig, E. Dietz, S. Dixon, J. y Morrison, M. (2008). *Longitudinal Study of Depressive Symptomology and Self-Concept in Adolescents*. Tomo 42, N° 2.

- ❖ McCarthy, J. Downes, E. Sherman, C. (2008). *Looking Back at Adolescent Depression: A Qualitative Study*. Vol. 30, Iss. 1.
- ❖ Sidney, Z. Lesser, I. Stewart, J. Wisniewski, S. (2007). *Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder*. Vol. 164, Iss. 10.
- ❖ Wellbery, J. (2008). *Do Antidepressants Increase Suicide Risk in Adolescents*. Vol. 77, Iss. 5.
- ❖ Widmer, M. Ellis, A. Gary, D. Trunnell, E. (1996). *Measurement of ethical behavior in leisure among high- and low-risk adolescents*. Vol. 31, Iss. 122.
- ❖ Zuhail, B. Meryem, Ö. Ayse, B y Aysen B. (2008). *Evaluation of interventions based on depression sign scores of adolescents*. Tomo 36, Nº 1.

12. APÉNDICES

12.1 Consideraciones Éticas.

Desde 1989 el manual de ética de la APA enfatiza 10 principios esenciales que todo psicólogo debe tener en cuenta en la práctica profesional y en la investigación a saber: 1. Responsabilidad, 2. Competencia, 3. Estándares morales y legales, 4. Informes públicos, 5. Confidencialidad, 6. Bienestar del consumidor, 7. Relaciones profesionales, 8. Técnicas de evaluación, 9. Investigación con participantes humanos, 10. Cuidado y uso de animales. En esta investigación será prioritario el principio 9. Investigación con participantes humanos, teniendo en cuenta que la población participante son adolescentes entre los 12 y 18 años de edad.

Es deber del psicólogo llevar a cabo la investigación con respeto e interés por la dignidad y bienestar de la gente que participa; con conocimiento de las regulaciones legales y los estándares profesionales que gobiernan la conducta de las investigaciones con participantes humanos. Otras consideraciones a tener en cuenta son:

Responsabilidad social en el manejo de la información

Transparencia, objetividad e imparcialidad.

Respeto a la privacidad de los aportantes de la información.

Oportunidad en la atención y desarrollo de las actividades en donde se involucran padres, docentes y estudiantes.

Diligente concurrencia a los escenarios dispuestos para las actividades de recolección de información.

Pertinencia y claridad en el diseño de las técnicas de recolección de información.

Responsabilidad al retornar la información a padres de familia, docentes y estudiantes.

Interés manifiesto en todo el proceso de investigación.

Ahora bien si hoy día sabemos un poco acerca de cómo se comportan los seres humanos es gracias a los estudios e investigaciones realizados a través del tiempo. De gran importancia seguir impulsando proyectos de investigación al interior de las facultades de psicología.

12.2 Entrevista Familiar

1. ¿Quiénes conforman la familia?
2. ¿A que se dedica cada uno de los miembros de la familia?
3. ¿Existe un cuarto para cada uno de ellos?, ¿en caso de compartir sus cuartos se genera conflicto por ello?
4. ¿Hasta que año estudió cada uno de los miembros de la familia?
5. ¿Algún miembro de la familia ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental?
6. ¿Podría usted describir cuales son los valores más importantes de esta familia?, ¿Habla usted con su hijo sobre estos valores?
7. ¿Hay algún momento del día en que toda la familia se reúna a dialogar? ¿Además de los espacios de alimentación que otros espacios y actividades comparte con su hijo?
8. ¿Conoce usted el desempeño académico de su hijo?, ¿Que sucede cuando su hijo tiene bajo rendimiento escolar? Y ¿Que cuando tiene buen rendimiento escolar?
9. ¿Conoce usted otras situaciones académicas diferentes a su rendimiento escolar (relaciones con compañeros y profesores, dificultad con la norma)?
10. ¿Conoce usted las actividades que realiza su hijo con sus amigos (gustos y pasatiempos)?
11. ¿Podría usted describirme los cambios físicos, emocionales, en cuanto a pensamientos y comportamientos de su hijo en los últimos años?

12. ¿Esos cambios han generado conflicto, en la dinámica familiar y como los han solucionado?
13. ¿Conoce usted si su hijo tiene un proyecto de vida?, Y ¿Como fue elaborado?
14. ¿Habla usted con su hijo sobre las emociones?
15. ¿Qué hace usted cuando ve a su hijo triste o enojado?
16. ¿Habla usted con su hijo sobre los problemas que se presentan en la familia?
17. ¿Participa su hijo en las decisiones que toma la familia?
18. ¿Dialoga usted con su hijo acerca de la forma como el debe resolver sus problemas?
19. ¿Cuando su hijo comete alguna falta como lo corrige?
20. ¿Habla usted con su hijo sobre las normas que debe cumplir?, ¿Quién y como estableció esas normas?
21. ¿Cuándo su hijo incumple una norma del hogar que hace usted?, por el contrario ¿Cuando su hijo acata y respeta las normas del hogar que sucede?
22. ¿Cuándo su hijo toma decisiones y usted no esta de acuerdo que hace?
23. ¿Sabe su hijo lo que usted espera de el?
24. ¿Tiene conflictos con su hijo?, en promedio ¿Cada cuanto y cual ha sido el mayor conflicto?

12.3 Inventario De Beck

Nombre _____

Fecha _____

***Instrucciones.** Este es un cuestionario en el que se encuentran grupos de afirmaciones. Por favor, lea con cuidado el grupo completo en cada categoría y seleccione la que describe mejor la forma en la que se siente hoy, mejor dicho, en este preciso instante. Haga un círculo alrededor del número que corresponde a la afirmación que escogió. Si hay varias afirmaciones en el grupo que se aplican igual, de todas formas señale solamente una. Asegúrese de haber leído con cuidado todas las afirmaciones del grupo antes de escoger.*

Estado de ánimo

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste o melancólico/a
- 2 Siempre me siento triste y no puedo salir de mi tristeza
- 3 Siento tanta tristeza e infelicidad que es un dolor muy grande

2. Pesimismo

- 0 No me considero especialmente pesimista o negativo respecto del futuro
- 1 Me siento desanimado/a respecto del futuro
- 2 Siento que nada me entusiasma en el futuro
- 3 Siento que nunca podré superar mis dificultades
- 4 Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas nunca podrían mejorar.

3. Sentido de fracaso

- 0 No creo que sea un fracaso
- 1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas

- 2 Siento que he logrado muy pocas cosas que valgan la pena o que signifiquen algo
- 3 Al mirar hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- 4 Siento que como persona (padre, madre o pareja) soy un total fracaso

4. Falta de satisfacción

- 0 No me siento especialmente insatisfecho/a
- 1 Me siento aburrido/a la mayor parte del tiempo
- 2 Ya no disfruto las cosas como antes
- 3 Ya nada me satisface
- 4 Me siento insatisfecho/a con todo

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento mal o que no valgo la mayor parte del tiempo
- 2 Me siento bastante culpable
- 3 Prácticamente en todo momento me siento mal o que no valgo
- 4 Me siento malo/a o que no valgo

6. Sentido de castigo

- 0 No creo que esté siendo castigado/a
- 1 Tengo la sensación de que algo malo me puede ocurrir
- 2 Me siento castigado/a o que me van a castigar
- 3 Creo que me merezco que me castiguen
- 4 Deseo que me castiguen

7. Odio hacia sí mismo/a

- 0 No me siento desilusionado/a de mí mismo/a
- 1 Me siento desilusionado/a de mi mismo/a
- 2 No me gusto a mi mismo/a

3 Siento desagrado por mí mismo/a

4 Me siento odio

8. Auto-acusaciones

0 No siento que sea peor que los demás

1 Soy muy crítico con mis debilidades y mis errores

2 Me culpo por todo lo que sale mal

3 Siento que tengo defectos muy malos

9. Deseos de autocastigo

0 No tengo ideas de hacerme daño

1 Tengo ideas de hacerme daño pero no las llevaría a cabo

2 Pienso que estaría mejor si estuviera muerto/a

3 Tengo planes definitivos para suicidarme

4 Pienso que mi familia estaría mejor si me muriera

5 Si pudiera, me suicidaría

10. Episodios de llanto

0 No lloro más de lo normal

1 Ahora lloro más que antes

2 Ahora lloro todo el tiempo y no puedo parar

3 Antes podía llorar pero ahora no puedo, aunque quiera

11. Irritabilidad

0 No me siento más irritable que antes

1 Me molesto o me irrito con más facilidad que antes

2 Me siento irritable todo el tiempo

3 Ya no me molestan las cosas que antes me irritaban

12. Aislamiento social

- 0 No he perdido interés en otras personas
- 1 Me interesan menos las otras personas que antes
- 2 He perdido la mayor parte de interés en los demás y siento poco por las otras personas
- 3 He perdido todo el interés en los demás y siento que no me importan

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones igual que siempre
- 1 Me siento menos seguro/a de mí mismo/a y trato de postergar mis decisiones
- 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 3 Ya no me siento capaz de tomar ninguna decisión

14. Imagen corporal

- 0 No me parece que me vea peor que antes
- 1 Me preocupa que me vea viejo/a y poco atractivo/a
- 2 Tengo la sensación de que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo/a
- 3 Me siento feo/a o repulsivo/a

15. Inhibición laboral

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Me cuesta más esfuerzo comenzar algo
- 2 Ya no trabajo tan bien como antes
- 3 Tengo que empujarme mucho para hacer cualquier cosa
- 4 No soy capaz de hacer ningún trabajo

16. Problemas de sueño

- 0 Puedo dormir tan bien como de costumbre
- 1 Ahora me despierto más cansado/a que antes

- 2 Me despierto 2 o 3 horas antes de lo habitual y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto más temprano todos los días y no puedo dormir más de 5 horas

17. Fatigabilidad

- 0 No me canso más que antes
- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Me canso sin haber hecho nada
- 3 Me siento muy cansado/a para hacer cualquier cosa

18. Pérdida de apetito

- 0 Mi apetito no ha empeorado
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
- 2 Ahora mi apetito ha empeorado
- 3 No tengo nada de apetito

19. Pérdida de peso

- 0 Últimamente no he perdido casi nada de peso
- 1 He perdido más de dos kilos
- 2 He perdido más de 5 kilos
- 3 He perdido más de 8 kilos

20. Preocupación somática

- 0 No me preocupa mi salud más de lo usual
- 1 Me siento preocupado/a por dolores, malestar de estómago o estreñimiento
- 2 Me preocupa tanto cómo me siento, que no puedo pensar en otra cosa
- 3 Me siento completamente obsesionado/a por cómo me siento

21. Pérdida de libido

- 0 Recientemente no he notado ningún cambio en mi interés sexual
- 1 Siento menos interés por el sexo que antes
- 2 Ahora me interesa el sexo mucho menos
- 3 He perdido totalmente el interés sexual

	1	2	3	4	5
29. estoy decepcionado de mi mismo					
30. me gustan los desafíos					
31. nada será bueno jamás					
32. ya no puedo soportar mas					
33. no consigo ponerme en marcha					
34. ¿que falla en mi?					
35. pienso que no puedo seguir					
36. mi vida social es fabulosa					
37. ojala estuviera en otro sitio					
38. no hay porque preocuparse					
39. estoy tan relajado					
40. no consigo que las cosas encajen					
41. me odio a mi mismo					
42. mi vida discurre sin problemas					
43. no valgo nada					
44. ojala pudiese desaparecer					
45. estoy contento con mi aspecto					
46. ¿que me esta pasando?					
47. cuido mucho de mi mismo					
48. merezco lo mejor en la vida					
49. soy un perdedor					
50. tengo pocos días malos					
51. tengo muchas habilidades					
52. no hay ningún problema desesperado					
53. no voy a abandonar					
54. mi vida es una porquería					
55. soy un fracaso					
56. nunca lo conseguiré					
57. trasmito mis opiniones con seguridad					
58. algo tiene que cambiar					
59. mi vida esta mejorando					
60. hoy he realizado muchas cosas					

12. 5 Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por YUDY ANDREA LONDOÑO, de la UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA.

El objetivo de esta investigación es: identificar a partir del análisis de una entrevista realizada a padres de familia cuyos hijos adolescentes se encuentran cursando grado 6 a 11 del colegio Nuestra Señora de Guadalupe del municipio de Dosquebradas, la influencia familiar en la adquisición y mantenimiento de síntomas de depresión en sus hijos adolescentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta, esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. La información que se recojan durante esta sesión se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por:
YUDY ANDREA LONDOÑO, quien me ha informado todo lo pertinente a mi participación en el proceso. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a
YUDY ANDREA LONDOÑO al teléfono 3392989

Nombre del Participante

Firma del Participante

Nombre del representante
del menor de edad

Firma del representante
del menor de edad