

320825



**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**  
CAMPUS TLALPAN

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

8  
24

**ESTUDIOS TEORICOS SOBRE  
DEPRESION EN EL ADOLESCENTE**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**ALMA LUZ ZAMBRANO ORTEGA**

ASESOR DE TESIS:  
**LIC. MARIA EUGENIA ANDALON SERRA**

MÉXICO, D.F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A todos los que directa e indirectamente  
han formado parte de mi crecimiento  
como ser humano y han contribuido  
a la realización de esta meta,  
aportando su apoyo, su conocimiento  
y sobretodo su amor*

*Gracias Especialmente*

*STEVEN SCHULTZ*

*MA. LUISA PALACIOS V.*

*ARMANDO ALVIZO H.*

*JOSE MANUEL PEREZ Y F.*

*JOSEFINA BOBADILLA T.*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

### **CAPITULO 1 MÉTODO. . . . . 2**

1.1	HIPÓTESIS DE TRABAJO. . . . .	2
1.2	OBJETIVO. . . . .	3
	1.2.1 OBJETIVO GENERAL. . . . .	3
	1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS. . . . .	3
1.3	TIPO DE ESTUDIO. . . . .	4
1.4	NIVEL DE INVESTIGACIÓN. . . . .	4

### **CAPITULO 2 DEPRESIÓN. . . . . 6**

2.1	SINTOMATOLOGÍA. . . . .	10
2.2	ETIOLOGÍA. . . . .	15
2.3	DEPRESIÓN Y DESARROLLO. . . . .	23
2.4	PRIMERA INFANCIA. . . . .	27
2.5	EDAD PREESCOLAR. . . . .	28
2.6	EDAD ESCOLAR. . . . .	30
2.7	PUBERTAD. . . . .	32
2.8	DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES. . . . .	34

### **CAPITULO 3 ADOLESCENCIA. . . . . 43**

3.1	ADOLESCENCIA Y PUBERTAD. . . . .	44
3.2	ASPECTOS FÍSICOS. . . . .	45
3.3	CAMBIOS FISIOLÓGICOS. . . . .	46
3.4	EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PUBERTAD. . . . .	47
3.5	ADOLESCENCIA. . . . .	49

3.6 ASPECTOS INTELECTUALES.	50
3.7 ASPECTOS EMOCIONALES.	52
3.8 IDENTIDAD.	57
3.9 AMISTAD.	58
3.10 SEXUALIDAD.	59
3.11 LA FAMILIA.	62
3.12 ASPECTOS SOCIALES.	62
3.13 ROLES Y POSICIÓN SOCIAL.	63
3.14 SOCIALIZACIÓN.	65

<b>CAPITULO 4 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.</b>	<b>68</b>
--	-----------

**CONCLUSIONES**

**BIBLIOGRAFÍA**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene como objetivo dar respuesta a la inquietud del autor por ese período del desarrollo humano y transición llamado adolescencia y , que se considera, es una etapa susceptible para padecer la patología más común, la depresión.

La adolescencia, una etapa entre el dejar de ser niño y convertirse en adulto, provoca un desequilibrio fisis-psicológico que debiera atenderse por el Psicólogo conjuntamente con áreas de estudio afines (Medicina, Trabajo Social, Sociología, etc.) desde una perspectiva teórico-práctico integral; es decir, el especialista no deberá abordar al adolescente como criatura de brazos que no racionaliza, así como tampoco tratarle como adulto racional y completamente cabal de sus actos, bajo todas las condicionantes y consecuencias cognitivo-conductuales, emocional-afectivas y de relación interpersonal con su entorno medio-ambiental.

El aporte teórico de este trabajo está provisto de una relevancia social, debido a que el adolescente que presenta una depresión debe y deberá ser atendido médico-psicológicamente para vivir lo más adecuadamente posible su vida adulta y que no repercuta en su que hacer con el medio ambiente y sociedad.

Por tanto, se hace hincapié en que la depresión es una vivencia que toda persona ha experimentado en algún período de su existencia. Es un término ampliamente utilizado por la población en general para referirse a un cambio

en el estado de ánimo, el cual existe por un tiempo y se encuentra determinado por la asimilación y adaptación al cambio.

Una adolescencia perturbada es el resultado de una niñez llena de conflictos, y preludio de una madurez difícil. Las raíces de la depresión se encuentran probablemente en el castigo y falta de respuesta por parte de los padres ante las actitudes normales de exploración y aprendizaje del niño en edad preescolar. Cuando no se logran cumplir los ideales paternos viene la depresión porque vive esa incapacidad como un fracaso personal, en esta edad el niño investiga y evalúa su comportamiento en función de sí mismo y no de los estímulos externos, lo cual contribuye a que siga deprimiéndose.

Cuando existe depresión, el adolescente reacciona ante determinados eventos en forma negativa; los fenómenos verbales e imaginarios dentro de la conciencia determinan la forma en que el adolescente siente y actúa. Existe baja autoestima, sentimientos de inadecuación y culpabilidad, concomitantemente a síntomas como: tristeza, pesimismo, anhedonia (pérdida de energía), falta de motivación y concentración; no pueden tomar decisiones y; les cuesta trabajo ejecutar actividades mentales, lo cual provoca bajo rendimiento escolar.

De acuerdo con esto, en el capítulo 1 se menciona la metodología y la hipótesis de trabajo, así como objetivos generales y particulares.

En el capítulo 2 se explica la sintomatología de la depresión y , la relación existente entre la infancia y depresión en el adolescente.

En el capítulo 3, se menciona cómo contribuyen los cambios fisiológicos, intelectuales, emocionales y su entorno en general del adolescente en los

efectos y causas psicológicas que lo predisponen al padecimiento de la depresión.

El capítulo 4, da una explicación del tratamiento de la depresión en éste período crítico que es la adolescencia.

Y por último, el capítulo 5 provee de conclusiones y sugerencias para abordar a estos adolescentes con depresión.

Se espera con este trabajo poder incurrir en nuevas rutas de investigación y de está forma poder continuar con el trabajo clínico en pacientes que manifiestan depresión.

# **CAPITULO 1 MÉTODO**

## **MÉTODO**

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

1.1. En todos los niveles de la sociedad es común encontrar adolescentes que presentan dificultades para adaptarse a ciertas circunstancias o para asimilar determinados estímulos. Uno de los principales trastornos con que el adolescente se enfrenta es la depresión, la cual es efecto de la falta de una vinculación armoniosa con su vida afectiva, orgánica e intelectual-social.

Considerando lo expuesto anteriormente, se plantean los siguientes cuestionamientos:

¿Qué postulados teóricos vinculan a la realidad del adolescente y a la realidad que lo rodea?

¿Qué dificultades de índole afectiva, biológica, intelectual y social se presentan en la vida del adolescente?

¿Cuáles son las características de personalidad que presentan en común los jóvenes en esta etapa?

y por último,

¿Cuáles son las alternativas terapéuticas que permiten al adolescente una mejor adaptación a su mundo interior y exterior que lo rodea?

El propósito de esta investigación es dar respuesta a las interrogantes anteriormente planteadas, además de proporcionar al psicólogo clínico elementos para enriquecer su labor terapéutica, identificando herramientas teóricas que se relacionan directamente con la vida psico-bio-social del adolescente.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Este estudio tiene como directriz fundamental, identificar las principales teorías e investigaciones que incurren en el estudio y tratamiento de la depresión en adolescentes, lo anterior, con el propósito de vislumbrar de una forma general-integral, cuáles son las causas y síntomas más comunes en la depresión de jóvenes en etapa adolescente.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1. Estructurar las conceptualizaciones teóricas de la depresión.**
- 2. Fundamentar teóricamente las principales causas y síntomas de la depresión en el adolescente.**
- 3. Proporcionar elementos teóricos para enriquecer la labor del psicólogo clínico.**

### **1.3. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es de tipo teórico-social descriptiva, ya que está basada en una recopilación y ordenación de información bibliográfica y documental. Se entiende por investigación teórica a la información recolectada o consulta de documentos, en sentido amplio, como todo material de índole permanente, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar, sin que se altere su naturaleza o sentido, para que aporte información o rinda cuentas de una realidad o acontecimiento (Cázares, Christen, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio, 1992).

### **1.4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La investigación está enfocada a un nivel teórico-descriptivo de relevancia social, el cual lleva a la comprensión del tema brindando un panorama integral del mismo, donde se dice cómo es y cómo se manifiesta el síndrome depresivo.

Los estudios teóricos o descriptivos son específicos y organizados, en estos, el interés está enfocado a las propiedades del objeto o de la situación (Padua, 1987).

**CAPITULO 2**  
**DEPRESION**

## **DEPRESIÓN**

A la depresión se le considera como una vivencia que todo ser humano ha experimentado en algún momento de su existencia. Puede variar en intensidad y duración, desde un abatimiento ligero en el cual el individuo se muestra triste (disforia), infeliz o pesimista durante algunos días; hasta una desesperación extrema que se mantiene por un período considerable, en el que se llegan a comprender seriamente los deseos de vivir de la persona afectada.

El múltiple uso que se ha hecho del término y la impresión para definirlo dentro del campo de la patología ha dificultado el estudio de la depresión tanto en la vida adulta como en etapas previas del desarrollo.

Se emplea el vocablo depresión en diversos sentidos: para describir una perturbación del estado de ánimo; es decir, un trastorno de la afectividad. Un síntoma, un síndrome (conjunto de signos y síntomas), o bien, para designar un grupo específico de enfermedades (Mendels, 1977; Cantawell, 1987).

Puede referirse a un estado de ánimo disfórico, característica universal de la experiencia humana. La disforia se considera como síntoma, el cual, puede aparecer en respuesta a una pérdida o desengaño y/o puede presentarse sin una razón aparente que la explique (Cantawell, 1987).

La depresión como síndrome, en comparación con la depresión como síntoma, es un concepto que no sólo incluye la disforia. Hablar de síndrome, significa que la disforia aparece acompañada de otros síntomas y que estos normalmente aparecen juntos. Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios en la afectividad, sino que también incluyen trastornos vegetativos y psicomotores; así como cambios cognitivos y motivacionales (Cantawell, 1987).

Para abordar a la depresión como un trastorno de la afectividad, es necesario señalar antes de definirla, que todo afecto es una sensación con representación intelectual que posee un significado, particular o individual; así mismo, tiene también una expresión biológica concomitante a través del sistema nervioso vegetativo (Escotto Morett, 1984).

La afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica del individuo y determina su actitud hacia el medio que lo rodea. Los estados afectivos proporcionan los impulsos dinámicos motivadores. Al hablar de estado de ánimo se refiere de un estado afectivo sostenido y con duración considerable que lo hace crónico (Kolb, 1986).

Escotto Morett (1984) señala que la vida como un proceso, presenta al individuo circunstancias diversas a las que éste reacciona de acuerdo a su historia personal y a las normas de la sociedad a la que pertenece. Toda alteración, desequilibrio, pérdida o cambio en la vida, se traduce en un estado particular que marca un giro en la existencia de la persona distinto al que tenía previo a la experiencia de cambio.

Este estado de ánimo gobernará la existencia durante el tiempo que tarde la asimilación y adaptación al cambio, en términos psicológicos, a este conflicto afectivo se le denomina **DEPRESIÓN**, la cual no siempre es patológica. Cuando la depresión guarda relación con hechos externos y es congruente en duración e intensidad con el factor desencadenante (objeto perdido), es posible decir que se trata de una reacción esperada y con una explicación que la ubica como una respuesta normal. Cuando tal respuesta es desmesurada y su intensidad y duración no corresponde a lo esperado y que además tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales en quien la presente, se trata entonces, de un estado patológico que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento e incluso la vida de quien la sufre y de quienes le rodean.

Kolb (1986) define a la depresión como un tono afectivo de tristeza. En tanto que English y English (1977) afirman que es un estado de inaccesibilidad a la estimulación o a tipos particulares de estimulación, de baja iniciativa y pensamientos tristes. De tal forma, la depresión puede ser definida también como un estado de ánimo en el que se comporta una disminución del tono psíquico, de la actividad física e intelectual y que se acompaña de tristeza (Diccionario de Psicología Orbis, 1986).

Por lo anterior, para fines de la presente tesis, la definición de **DEPRESIÓN** bajo la cual se dirigirá esta investigación es: **ALTERACIÓN QUE EXPERIMENTA UNA PERSONA Y QUE SE MANIFIESTA EN TODAS O CASI TODAS LAS ÁREAS DE LA ESFERA HUMANA, COMO LO SON: LA CONDUCTUAL, AFECTIVA, SENSITIVA, COGNITIVA, DE RELACIÓN**

INTERPERSONAL Y EN SU PROPIO ESTADO DE SALUD. ES DECIR, EXISTE UN DESEQUILIBRIO EN LA RELACIÓN DEL INDIVIDUO CON SU MEDIO AMBIENTE (Chávez, 1995).

Esta concepción del fenómeno depresivo, se considerará el más adecuado porque aborda todas las esferas del que hacer humano y no segrega ningún signo o síntoma (clínicamente hablado) de la manifestación, así como tampoco parte de cualquier síntoma para dar explicación del fenómeno. Concibe la relación de la depresión con el hombre como un eslabón indisoluble y por lo tanto integral en su dinámica patogénica.

Así mismo las depresiones revisten variedades diversas:

a) de tipo orgánica con etiologías múltiples (enmascaradas) como enfermedades psicosomáticas, lesiones cerebrales, tumores. En ellas, se afirma que los individuos tienen una alta vulnerabilidad en su sistema nervioso.

b) de tipo psicótico, que se trata de una depresión profunda y que puede degenerar en una psicosis meniacodepresiva, en la cual, el sufridor alterna entre estados de melancolía y de exaltación. Las ideas de culpa y la indignidad de no servir para nada, pueden conducir a la persona que la padece e ideas de suicidio.

c) de tipo neurótico, que son más frecuentes y menos graves que las de tipo psicótico. Se deben a causas psicológicas, generalmente son producto de una pérdida que sufre el sujeto, una frustración, situación de abandono o problemas familiares (Diccionario de Psicología Orbis, 1986).

## **2.1. SINTOMATOLOGIA**

De acuerdo con Salgado (1984), la expresión clínica típica de la depresión puede observarse en casi todos los aspectos de la personalidad y es frecuente que se traslape o sobreponga a muchos otros cuadros patológicos. Las manifestaciones clínicas más particulares de la depresión que el mismo autor señala, son las que a continuación se mencionan:

- a) En el área emocional, son comunes el abatimiento del humor, sentimientos negativos hacia sí mismo, disminución de la satisfacción o el interés de estímulos que anteriormente habían sido gratificantes y ataques de llanto.
  
- b) Las alteraciones cognitivas se refieren a la percepción de un autoconcepto negativo que incluye pérdida de la autoimagen, expectativa de ser derrotado o rechazado; autocrítica exagerada; autoculpabilidad, distorsión de la imagen corporal e indecisión paralizante.
  
- c) En el terreno motivacional, el futuro pierde significado positivo y concurren ideas de evitación, escape o retirada, que cuando son muy intensas pueden conducir a la farmacodependencia o al suicidio como complicaciones.
  
- d) Las manifestaciones neurovegetativas y físicas de la depresión pueden resumirse en pérdida de apetito, insomnio, disminución de la libido o del deseo sexual y fatigabilidad, pero también suelen presentarse hipersomnia (exceso de dormir) o abulia (exceso en el comer).

e) En la actividad psicomotora, se observa tensionalidad del cuerpo (principalmente de cuello y cabeza), agitación o lentificación de movimientos que en las formas psicóticas es posible agregar la presencia de delirios y alucinaciones.

Mendels (1977) manifiesta que los síntomas principales de la depresión son:

### **ESTADO DE ANIMO**

La característica principal del estado de ánimo es el síntoma disfórico (tristeza). Las personas deprimidas son incapaces de reaccionar con alegría a los eventos que normalmente la provocan. Les invade un estado de insatisfacción, en ocasiones son incapaces de explicar el motivo de la tristeza, por lo que el llanto se da con frecuencia, por lo que se afirma que en la mayoría de las veces se enfrentan a una alexitimia, es decir, a no tener contacto con su emocionalidad o afectos, no reconocen por tanto la depresión (Chávez, 1995).

### **PENSAMIENTO**

La pérdida de interés, la disminución de energía, la incapacidad de llevar a cabo tareas, la dificultad de concentrarse, la carencia de motivación y de la ambición, todo se combina para disminuir un funcionamiento óptimo de la persona. Se presenta, por lo tanto, una incapacidad para sacar adelante el trabajo, estudios, responsabilidades, etc.. El individuo no puede tomar decisiones, le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente realiza con facilidad (Kolb, 1986).

El depresivo presenta una gama de pensamientos pesimistas (ansiedad anticipatoria) que comprenden la insuficiencia y la ineficacia, hasta la extrema culpabilidad. Se considera incompetente, inútil y en ocasiones piensa que merece ser castigado por ello.

### **CONDUCTA Y ASPECTO**

El retardo psicomotor se presenta a menudo en la depresión. Implica una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales, así como una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos afectivos. Como síntomas constantes, la persona deprimida puede manifestar un estado de agitación en lugar del retardo y mostrar una inquietud extrema tanto física como psicológica.

El aspecto de una persona deprimida, generalmente demuestra negligencia en su arreglo y en ocasiones es antihigiénica. Su rostro pone de manifiesto tristeza, permanece en silencio durante periodos largos y posiblemente tener accesos de llanto.

### **SÍNTOMAS SOMÁTICOS**

Las personas que sufren depresión, señala Von Knorring (citado en Radichick, 1986) tienen como síntoma nodalasalgiás (dolores difusos), relacionados con tensiones musculares que son más llevaderos que un dolor psicológico, el cual es lacerante y difícil de sobrellevar.

Asimismo, es posible distinguir los siguientes síntomas psicósomáticos concomitantes al padecimiento depresivo:

a) Peso y apetito.- Se muestra una acentuada pérdida de apetito sobre todo a medida que la depresión se hace crónica, las personas no tienen ganas de comer y cuando lo hacen, el alimento les parece insípido. Tal parece que evitan comer por un velado deseo de morir o autocastigarse. En ciertos casos se llega a presentar anorexia. La pérdida de peso es consecuencia de la poca ingesta de alimentos, puede ser muy rápida y por lo tanto demasiado notoria, también es posible que se presente un síntoma como la bulimia, es decir, el hambre insaciable, las personas comen en forma excesiva para obtener una gratificación o llamar la atención de terceras personas y obtener así ganancias secundarias, se dice que es para "llenar su vacío interior".

b) Perturbaciones del sueño.- Dificultad para dormir (insomnio) o por el contrario, conseguir dormir pero despertar durante la noche o en la madrugada y la imposibilidad para conciliar el sueño nuevamente; o bien, dormir en exceso son los síntomas que presentan los deprimidos.

c) Dolores físicos.- Las personas deprimidas se quejan de síntomas físicos que afectan todos los sistemas del organismo: sequedad de boca, dolores difusos (algias y parestesias), cefaleas, neuralgias, sensación de opresión del tórax, taquicardia, disnea, dificultad para engullir, etc. En ocasiones, una de estas quejas puede manifestarse como el síntoma principal, entonces, se está hablando de un enmascaramiento de la depresión (Chávez, 1995).

d) Alteraciones menstruales.- Las mujeres deprimidas presentan frecuentemente cambios en el ciclo menstrual. Presentan prolongación del

ciclo pero con un flujo más ligero. En algunos casos, la menstruación puede cesar completamente durante un período de varios meses.

e) Estreñimiento.- Ocurre con frecuencia durante los episodios depresivos. Puede alcanzar grados realmente agudos, en el que los sufridores no logran evacuar en lapsos de hasta diez días, por lo que se quejan de sensaciones de "obstrucción".

f) Pérdida de la libido.- La pérdida de la libido es común en el estado depresivo, se denomina anhedonia, y en ella, abarca desde una disminución del interés espontáneo de la actividad sexual hasta una marcada obsesión en contra del sexo.

#### **RASGOS DE ANSIEDAD**

Independientemente de que la tristeza es el síntoma central en la depresión, muchas personas que la padecen presentan estados de ansiedad y otros de tipo neurótico. Pueden quejarse de tensión, temores vagos o inespecíficos y multitud de preocupaciones. Pueden además, sufrir de temblores y accesos de sudoración que comúnmente se encuentran asociados a los estados de ansiedad o paranoia (Chávez, 1995).

#### **CONDUCTA SUICIDA**

En los individuos deprimidos, las ideas de culpabilidad y desesperación pueden conducirles a creer que merecen la muerte (autocastigo).

Otros ven el futuro muy negro, derivado de sus pensamientos negativos (ansiedad anticipatoria), por lo que piensan que es mejor morir antes que vivir en esa situación que se considera de evitación o huida. Bajo esta explicación, se comprenden las conductas de autodestrucción, tales como comer en exceso o no hacerlo, desinterés por el estado general de salud, etc. (Mendels, 1977; Chávez, 1995).

La gravedad de la depresión, varía en función de la intensidad con lo que los síntomas se presenten. Algunas personas deprimidas consiguen continuar su vida, funcionan hasta un punto que pueden considerar bueno y se hacen cargo de sus responsabilidades con una eficacia razonable, su alteración anímica puede no ser percibida por lo que las rodean. Otras personas en cambio, se muestran totalmente incapacitadas por la depresión y en ocasiones se hace apremiante una hospitalización, en caso de que la depresión sea claramente identificable por el síntoma disfórico.

Una historia clínica completa, la integración de un estudio psicológico integral; así como el sostén de pruebas de gabinete (de laboratorio), conllevaran a los principales recursos con lo que se cuenta para establecer un diagnóstico lo más adecuado posible de la depresión (op. cit.)

## **2.2. ETIOLOGÍA**

Los trastornos psicológicos presentan una etiología multifactorial, la depresión no es la excepción. En cuanto a modelos etiológicos de la depresión, en 1975, Akiskal y McKinney (citados por Cantawell, 1987) postulan la integración de diez concepciones de la depresión en un marco clínico-teórico para su comprensión dinámica del síndrome, afirmando que existen cinco escuelas de pensamiento que la abordan: la psicodinámica, la

conductual, la sociológica, la existencial y la biológica. Cuatro modelos corresponden a la escuela psicoanalítica, dos a la conductual, dos a la biológica y una para cada escuela restante, la sociológica y la existencial.

1. El primer modelo psicodinámico analizado, es el propuesto por Abraham en 1911 y Freud en 1917. El modelo de la agresión internalizada, el cual se presenta como mecanismo básico para la conversión del instinto agresivo en un estado de ánimo depresivo. Dentro de este modelo, la depresión, tiene su origen en la pérdida de un objeto amado, y en la manera en que éste se resuelva el duelo. Abraham y Freud (en Mendels, 1977) coinciden en señalar que la diferencia esencial entre duelo (pesadumbre) y depresión, estriba en que en el duelo, la pérdida está internalizada y concientizada por el sujeto, mientras que en la depresión no existe la internalización ni elaboración de la pérdida, abandono, y/o separación del objeto de amor ocasionando baja autoestima en la persona y la permanencia de un estado narcisista (falta básica, es decir, sentimientos de vacío, sensaciones de estar perdido, apatía, fatalidad, desesperanza), esto explica que la depresión que padece el sujeto se debe a tener la sensación de que la causa de esta falta está en que alguien las falló o los descuidó, presentan estados de ansiedad para satisfacer sus demandas y obtener ganancias secundarias de su entorno.

Lo citado en el párrafo anterior, provoca la afirmación de que existe una discrepancia entre las necesidades biopsicológicas del individuo y los cuidados psicológicos y materiales que se brindan por parte del objeto de amor (padres) como el amor, la atención y cuidado; se crea un estado de deficiencia que puede ser consecuencia de etiologías ambientales y/o congénitas (Chávez, 1995)

Freud (en Mendels, 1977), por su parte señala que en el curso normal de duelo, la persona afectada, separa las emociones previamente asociadas con el objeto perdido y llega a identificarse ella misma con esos sentimientos. Sus pensamientos ambivalentes de odio y hostilidad hacia el objeto de amor perdido se dirigen hacia el mismo sujeto; sentimientos no expresados y tal vez nunca reconocidos, provocando que se manifiesten ideas de resentimiento hacia el objeto perdido por haberlo abandonado, de culpa causada por evocación de daños (reales o imaginarios) cometidos en contra del objeto perdido y un sentimiento de sufrimiento y pérdida, es decir, una pérdida, separación y/o abandono (real o simbólica) no elaborada e internalizada es una depresión no detectada y por lo tanto provoca su cronicidad.

Para resolver estos sentimientos es necesario el trabajo del duelo, el cual consiste en recordar conscientemente y fantasear en ocasiones, el objeto de amor perdido. Cada vez que esto sucede se van perdiendo los vínculos que exista entre el sujeto y el objeto, esta reducción de vínculos permite entonces, que el sujeto canalice su energía a otros objetos de amor, nuevos o tal vez ya existentes.

En el depresivo se presenta una falla del proceso normal de duelo. En lugar de identificar solamente al objeto perdido, el sujeto asume los atributos negativos que percibe del objeto de amor, lo cual provoca que experimente sentimientos e ideas de autodesprecio, autodenigración, que derivan en conductas autodestructivas. Se desea destruir al objeto perdido, ahora incorporado.

Freud y Abraham también conceden importancia a las experiencias tempranas. Una pérdida de amor en la infancia puede ser factor predisponente para desarrollar una depresión en etapas posteriores de su vida, donde también pueden existir pérdidas o rupturas de ligas de apego o vínculo simbiótico como lo dice (op cit).

2. Un segundo modelo psicoanalítico, considerado por Ayuso (1973), afirma que la pérdida de autoestima es elemento clave para padecer depresión. Sostienen que la depresión clínicamente identificable se desarrolla como consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes; el individuo experimenta entonces una indefensión, desamparo e impotencia al tratar de alcanzar los ideales del YO y el no conseguirlo. Así, Bredosian(1987) concede también importancia a las experiencias infantiles como factores predisponentes de la depresión en etapa adulta, pero no así a los sentimientos agresivos provocados por alguna pérdida, a las cuales considera secundarias.

3. El tercer modelo psicoanalítico es el postulado por Spitz (1942)(citado por Arieti, 1990), en donde propone el modelo de "pérdida objetal". El mecanismo es en este caso, la separación y ruptura de un lazo afectivo. Spitz describe el síndrome de depresión aguda en niños hospitalizados, al que denomina "depresión anaclítica"; éste síndrome se desarrolla después de una separación de las madres, que hasta ese momento ha dedicado todo su tiempo y cuidados al niño; al reemplazarlas por un desconocido, se inicia un periodo de angustia en los niños que posteriormente genera depresión. La sintomatología de dichos niños es apatía, indiferencia y tristeza. Tiempo después, se vuelve la relación con las madres, mostrando antipatía hacia ellas y con el tiempo se desarrolla una marcada dependencia a ella y un temor a los extraños.

Dicho autor, describe tres estados al romper el vínculo madre-hijo: etapa de protesta, etapa de desesperación y etapa de separación; las que son similares a las expuestas por Spitz, con la diferencia de que Bowlby no encuentra en sus investigaciones el regreso a la dependencia hacia las madres cuando el niño tiene ese reencuentro, él en cambio (Bowlby) registra actitudes de indiferencia (Mendels, 1977; Cantawell, 1989; Papalia, 1975).

4. El cuarto modelo es el propuesto por Akiskal y McKinney (en Mendels, 1977; Emery, Bedrosian, Gorber, 1987). Ellos sostienen que las cogniciones erróneas o negativas de una persona (los fenómenos verbales e imaginativos dentro de la conciencia) determinan la forma en que dicha persona siente y actúa su depresión. En el síndrome depresivo, la persona reacciona ante situaciones de estrés activando un patrón de creencias disfuncionales. Este patrón recibe el nombre de triada cognitiva, incluyendo un autoconcepto negativo, una interpretación negativa de la propia existencia y una visión fatalista del futuro, lo que conduce a la depresión.

Las personas deprimidas distorsionan sistemáticamente las experiencias para que se ajusten a sus conclusiones negativas. Dicho ajuste lo realizan a través de una serie de errores cognitivos tales como la deducción arbitraria, la abstracción parcial, generalización excesiva, magnificación o minimización y la clasificación inexacta. Estas personas "oyen mal", "perciben mal", y por ende, "construyen mal" las situaciones para que encajen en una línea predominantemente negativa, siendo así como la depresión se manifiesta (Emery, Bredosian y Gorber, 1987).

5. El quinto modelo considerado es el propuesto por Seligman y Mahler (1967)(en Petti, 1987), el de la "indefensión aprendida".

Este modelo de indefensión aprendida, se basa inicialmente en la experimentación con animales (perros) mediante estimulación aversiva, no controlable y de la que no se puede escapar. En este caso, el modelo de la indefensión se puede conceptualizar como un estado conductual que aparece cuando el individuo no reconoce la relación entre la propia respuesta y el estímulo aversivo recibido.

En estudios posteriores, Seligman (citado por Petti, 1987) relaciona los datos obtenidos con animales con la depresión presentada por los humanos, llegando a las siguientes conclusiones:

a) La motivación se encuentra alterada. Todo sujeto enfrentado a una situación desagradable ineludible o fracasos repetidos, no busca nuevas soluciones cuando enfrenta situaciones similares.

b) La cognición también se encuentra alterada. Si dentro de la situación aversiva, el individuo inicia una acción afectiva, no espera que esta lo sea, ni acepta que lo haya sido después de haberla realizado.

c) Existe una baja autoestima cuando los individuos se sienten responsable de su ineficacia, de su falta de éxito.

d) Se producen agresiones o déficits de asertividad al no controlar la situación que se presenta al sujeto.

e) Se producen alteraciones fisiológicas. Como por ejemplo el decremento de catecolaminas.

6. El sexto modelo, también conductual, es el planteado por Lázarus en 1968 y Lewinshon en 1979. Este modelo resalta la situación denominada "Pérdida de reforzamiento". Lewinshon en sus investigaciones encuentra que los individuos que presentan depresión no tienen acceso a un repertorio adecuado de reforzadores positivos. Los antecedentes biográficos de la condición depresiva consisten en una baja tasa de gratificaciones contingentes a las respuestas que el sujeto emita. Este déficit puede estar causado por: una falta general de reforzadores disponibles, es decir, existen pocos acontecimientos gratificantes en el ambiente en el cual el sujeto se mueva.

También a una incapacidad del individuo de acceder por sí mismo a los premios debido a sus características personales; como la falta de habilidades apropiadas. Como consecuencia de lo anterior, cuando el sujeto actúa para obtener algún reforzador, consigue una tasa baja del mismo que lo conduce a deprimirse. Estas conductas son cíclicas, entonces se produce un continuo déficit de reforzamientos que producen un estado de impotencia en el sujeto. (en Petti, 1987).

7. El séptimo modelo estudiado pertenece a la escuela sociológica. En él, se defiende la idea de la pérdida de status del papel o rol que desempeña el sujeto.

8. El octavo modelo es el defendido por la escuela de pensamiento existencial, en el cual Becker (1964) afirma que la pérdida del sentido de la vida constituye un factor etiológico de relevancia en la depresión. Becker, consigue identificar ciertos rasgos de personalidad en pacientes depresivos; exceso de actitudes convencionales, opiniones tradicionales e ideas de logro poco alejadas de la realidad.

9. Los dos últimos modelos, corresponden a la escuela biológica de las teorías de las aminas biogénicas y la neurofisiológica.

En el área de la bioquímica, el avance más importante es el establecimiento de que la perturbación del humor se relaciona con la producción y utilización de aminas biogénicas que actúan como neurotransmisores en el sistema nervioso central, las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) e indolaminas (serotonina).

Aún se discute acerca del papel de unas y de otras, pero se tiene certeza de que su intervención es fundamental en la etiología de la depresión ( De la Fuente, 1988).

El hecho neurofisiológico más significativo es probablemente la identificación en el cerebro de "centros de recompensa" y "centros de castigo" relacionados con estados de placer y sufrimientos. Los componentes viscerales y el estado de "alertamiento cerebral" que con frecuencia es parte de la depresión, apunta a la participación del hipotálamo en la misma (De la Fuente, 1988).

En su integración de todos estos modelos, Akiskal y McKinney (citados en Cantawell, 1987) consideran que la depresión es producto de diversos procesos que implican como mínimo cuatro grandes áreas; factores genéticos, estresores fisiológicos, estresores psicosociales y factores evolutivos.

A modo de conclusión, se determina que el psicólogo no debe etiquetar o cubrirse por un velo teórico para abordar el fenómeno depresivo, se propone por tanto, una visión integral de la manifestación de la depresión concomitante al quehacer del individuo. es decir, no hay que romper el equilibrio homeostático entre el hombre y su medio ambiente.

Por otra parte, se debe considerar que las teorías explicativas de la depresión parten de un sintoma para dar explicación a un síndrome tan complejo en su etiopatogenia y curso clínico, por lo que se debe tomar precaución al integrar teórica-descriptivamente al paciente y por lo tanto su adecuado manejo terapéutico.

### **2.3. DEPRESIÓN Y DESARROLLO**

En la psicología infantil las posiciones oscilan desde la negativa a aceptar los diagnósticos de depresión clásica en la infancia, hasta la equiparación del niño con el adulto en cuanto a la identidad y frecuencia de las depresiones claramente identificables por su síntoma disfórico. Las contradicciones teóricas, como se señala, surgen de la marcada tendencia a la descripción y clasificación de los estados depresivos en la infancia, según patrones y criterios propios de la patología adulta, subestimando el valor patoplástico del desarrollo tanto de la personalidad infantil como de la depresión per se (Ayusco y Saiz, 1973).

En contraste con los cuestionamientos a que da lugar la existencia de la depresión en la infancia, la manifestación de ésta durante la adolescencia es innegable. La dificultad que aparece en esta etapa del desarrollo, es quizá, la excesiva ubicuidad del desorden. La normal oscilación del estado de ánimo de los adolescentes puede dar la impresión de que los desórdenes depresivos están a la orden del día a partir de la pubertad. El problema radica en diferenciar entre los adolescentes realmente deprimidos y aquellos en que el contexto de su cambiante estado de ánimo presentan episodios pasajeros de abatimiento a manera de su exagerada reacción ante frustraciones más o menos triviales (Arieti y Bemporad, 1990).

Según Cremer (1972)(en Ayuso, 1973), los conceptos sobre la existencia de trastornos afectivos en el adolescente pueden describirse del siguiente modo:

a) Inestabilidad emocional constante. Esto como consecuencia de una niñez perturbada.

b) Alteraciones conductuales. Afirma Toolan (1978) que el adolescente presenta síntomas somáticos, psíquicos y conductuales conocidos como "equivalentes depresivos", o denominada también "depresión enmascarada", con alta incidencia epidemiológica.

c) Trastornos afectivos ambivalentes.

El tema de depresión enmascarada versus la depresión claramente identificable, continúa siendo objeto de debate (Lang y Tisher, 1986).

Aquellos que defienden la depresión enmascarada, afirman que la depresión infantil y adolescentes más que mostrarse de un modo clínicamente claro se presenta encubierta, es decir, el adolescente no presenta los síntomas de las reacciones depresivas de los adultos, sino que manifiesta problemas de conducta y delincuencia, reacciones psiconeuróticas tales como fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches de mal humor, tendencia hacia los accidentes, holgazanería, autodestrucción, alteraciones digestivas y de sueño, dolores de cabeza (cefalea) y deficiencias en retrasos motores. Los detractores de tal posición, afirman que la evaluación de la incidencia de la depresión en adolescentes se ha visto dificultada con la propuesta de los conceptos "depresión enmascarada" ya que éstos son confusos e imprecisos dando motivo para que síntomas de todo tipo sean vistos como evidencias de depresión y no como manifestaciones clínicas de etiología diferente (Arieti y Bemporad, 1990).

Respecto al debate de depresión enmascarada o encubierta, hay que hacer notar que ambas connotaciones tienen una misma semántica, son sinónimos, y si es posible que se presente una depresión enmascarada, cuando la persona no reconoce los síntomas propiamente dichos de la depresión, sino que somatiza su pesar, su disgusto, tal vez para que las personas que la rodean le proporcionen gratificadores o reforzadores de su conducta.

En el caso del niño, Nissen en 1973 (citado en Aviles Cobian, 1989) señala que las depresiones enmascaradas, son depresiones infantiles primarias. En el fondo, como indica López Ibor en 1979 (citado en Ayuso y Saiz, 1973), el niño encuentra más dificultad que el adulto para expresar verbalmente sus

sentimientos (alexitimia), dicha dificultad en la comunicación afectiva justifica que el trastorno anímico busque otros canales de comunicación no verbal, vegetativos o conductuales.

Lo que suele aparecer a veces en la infancia, es un estado depresivo que no persiste, porque el niño no puede tolerar durante mucho tiempo sentimientos de tristeza o angustia. Algunos niños son incapaces de soportar la depresión y no tardan en desplazar su atención hacia pensamientos o actividades de mayor placer. En los niños existe suficiente fluidez entre fantasía y realidad como para evadir las verdades desagradables y orientar la conducta hacia el placer inmediato, de esta forma los elementos cognitivos dan lugar a las experiencias depresivas. Entre las maniobras defensivas utilizadas por los niños, se pueden mencionar las actitudes hipomaniacas, la hiperactividad, la delincuencia y ciertos síntomas somáticos (v. gr. las cefaleas, o trastornos gástricos), (Arieti y Bemporad, 1990; Chávez, 1995).

En la misma línea, Carlson y Cantawell (1987) están convencidos de que el profesional aprende a tratar al adolescente, observando y preguntando de una manera sistemática ¿Cómo se siente?, es posible que puede conceptualizar la dimensión del fenómeno depresivo por el que atraviesa la persona.

El hecho de preguntar las sensaciones y emociones que experimenta el adolescente, es con el fin de evitar el mecanismo de defensa de la racionalización o intelectualización, la cual reviste a la depresión de un sin fin de sinónimos o desviaciones de la misma.

Tisher y Lang crean un instrumento para la evaluación de la depresión, "CHILDRENS DEPRESSION SCALE C.D.S." que en su adaptación al castellano se denomina CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (citado en Seis dedos cubero, 1986), el cual considera población adolescente en un rango de aplicación de 8 a 16 años. Las autoras consideran que la depresión es una respuesta normal que varía en intensidad y cualidad; expresada por medio de una serie de conductas, sentimientos y actitudes.

Además, afirman que la depresión se presenta en distintos grados en la población infantil y adolescente, de tal manera que desempeña un papel en grupos específicos como son los niños que han vivido la muerte de un ser querido, los de bajo rendimiento escolar y las poblaciones psiquiátricas.

La depresión infantil y adolescente guardan algunas semejanzas a pesar de ello, es posible entonces, identificar las manifestaciones clínicas de la depresión para cada etapa del desarrollo.

#### **2.4. PRIMERA INFANCIA**

La depresión anaclítica descrita por Spitz en 1942 (citado por Arieti, 1990) en niños hospitalizados y separados de las madres en edad temprana, constituye un cuadro extremadamente grave caracterizado por pasividad total, desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y trastorno del desarrollo general.

Spitz estudia la reacción de los bebés ante la separación de las madres. Observa que cuando los lactantes han desarrollado un vínculo con sus madres y eran separados de éstas al llegar los seis meses de vida,

reaccionaban con actitudes quejasas y de llanto; más tarde caían en un estado de retraimiento y letargo, yacían en sus cunas con expresión ausente, sin prestar atención a lo que sucedía a su alrededor; responden con llanto y quejas guturales cuando se les acercan extraños. Si el lactante no vuelve a reunirse con su madre, desarrolla lentamente el síndrome que dicho autor denomina "depresión anacítica", caracterizado por la pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a estímulos ambientales. Si la madre y el bebé vuelven a reunirse al cabo de un período de 3 o 5 meses, el síndrome era reversible, pero si la separación se prolonga más allá de dicho plazo, el estado del niño se consolida haciéndose irreversible.

## **2.5. EDAD PREESCOLAR**

Nissen en 1973 (Avilés, 1989) describe que en esta edad, el síndrome es caracterizado por insomnio, anorexia, crisis de llanto y gritos, síntomas psíquicos tales como limitación lúdica (es decir, de juego), agitación y timidez.

Durante esta etapa existe dificultad para registrar la depresión debido a la incapacidad del niño pequeño de expresar en palabras cómo se siente.

Para determinar si un niño sufre depresión, es necesario observar cuidadosamente su conducta y actitudes matricias, evitando atribuir al niño emociones adultas o una estructura psicológica más compleja de lo que en realidad se justifica (Anthony, 1975, citado en Arieti y Bemporad, 1990).

Una posible causa para la presencia de la depresión en los preescolares, la constituye el proceso de individualización psicológica del niño respecto de sus madres, el cual marca el comienzo aproximado de esta etapa de desarrollo. Mahler, señala que el niño ya no se contenta con recibir y ser pacientemente alimentado, prefiere en cambio, hacer las cosas por sí mismo; comienza a dar muestras de su fuerza de voluntad. En esta etapa el niño parece enfrentarse con una opción decisiva, gratificarse con el ejercicio de su voluntad, corriendo el riesgo de ser castigado por sus padres o inhibir sus inclinaciones espontáneas para asegurarse el amor paternal.

Las raíces de la depresión se encuentran probablemente en el castigo y la falta de respuesta por parte de los padres ante las normales actitudes de exploración y aprendizaje del hijo, lo que conduce automáticamente a la inhibición inconsciente de las actividades necesarias para adquirir más tarde la noción del propio valor por medio de la realización personal (Mahler, 1966).

Estos niños impresionan como serios, faltos de espontaneidad y a menudo aferrados a sus padres. Buscan complacer a los padres y no a sí mismos, para seguir contando con la seguridad que les brinda el vínculo con ellos.

Aunque se muestran tristes, no es posible afirmar que estos niños están deprimidos. No tienen una noción clara de su estado afectivo; si bien son capaces de verbalizar, no pueden aún identificar o describir con palabras sus emociones. Tal vez lo acertado es diagnosticarlos como francamente inhibidos y predispuestos a una posible depresión en edades posteriores (Arieti y Bemporad, 1990).

## 2.6. EDAD ESCOLAR

A medida que se acerca la edad escolar, se han observado períodos más prolongados de auténtica tristeza. Los escolares pueden sentirse desdichados, aunque no les es posible identificar los motivos de su aflicción. Sencillamente responden al ambiente que les rodea, sin detenerse a pensar quiénes son y si son buenos o malos, según los esquemas de valores morales de las sociedades a que se pertenece (Chávez, 1995).

El niño puede reaccionar con tristeza ante una situación de privación ambiental o ante una situación de pérdida de las fuentes de gratificación, pero su tristeza no refleja necesariamente un conflicto interno. Sin embargo, autores que han trabajado con este tipo de niños (Sanders y Joffe, 1965; Poznanski y Zrull, 1970; en Arieti y Bemporad, 1990) observan indicios de una transformación continua que sugiere la presencia de rasgos depresivos; los niños esperan ser maltratados por los demás, generalizan ante todas las personas una actitud negativa originada en las pasadas frustraciones usadas por los padres, generalmente en el terreno escolar, pueden hacer que el niño sienta que nunca llegará a triunfar y que no tiene sentido esforzarse.

Los padres premian ciertas conductas y muestran amor sólo cuando el hijo realiza actividades que les satisfacen a ellos y que suelen coincidir con las que bloquean en el niño su individualización o gratificación autónoma. A esta edad la autoestima del niño depende de las respuestas de las figuras parentales, de modo que el rechazo por parte de ellos tiene efectos destructivos e inhibe el comportamiento que provoca la desaprobación.

Bemporad (1990) señala la existencia de dos tipos de estados de tristeza en niños de esta edad: uno, en el cual los padres inhiben poco a poco las

reacciones capaces de producir una sensación satisfactoria o placentera; y por otro, en el cual el hijo responde directamente a la carencia de gratificación de su entorno, esa gratificación depende del vínculo simbiótico y la internalización del superego que los padres fomentan (Chávez, 1995).

El mismo autor, concluye que los niños en edad escolar son capaces de experimentar tristeza en circunstancias frustrantes, pero que sus estados depresivos constituyen respuestas a factores ambientales y no perduran en ausencia de la causa externa, se modifican con facilidad al cambiar los factores ambientales que los condicionan.

En lo que se refiere a la sintomatología de la depresión en la edad escolar, es importante mencionar los síntomas que son nodales en la depresión en niños de edad escolar:

1. Los niños se muestran tristes, desdichados o deprimidos.
2. Sus rasgos sobresalientes eran el retraimiento o la falta de interés.
3. Se muestran descontentos, con escasa capacidad de placer.
4. Transmiten la sensación de carecer de amor o de ser rechazados.
5. Parecen además, renuentes a recibir consuelo.
6. Pasividad oral.
7. Sufren de insomnio u otros trastornos del sueño.

8. Se masturban o practican otras actividades repetitivas.

9. Presentan dificultad para mantener contacto con adultos.

Cuando el niño crece, los problemas de conducta comienzan acompañar los síntomas depresivos; rabietas, desobediencia, pleitos, escapadas del hogar, propensión a los accidentes; masoquismo, conductas autodestructivas (Toolan, 1978). Los niños de 6 a 11 años de edad, además de presentar síntomas de etapas anteriores, también muestran irritabilidad, enuresis, encopresis, morderse las uñas, manipulación de los genitales y pavores nocturnos (Nissen, 1973; en Avilés Cobián, 1989).

## **2.7. PUBERTAD**

Durante la pubertad, el niño sufre transformaciones físicas y cognitivas que repercuten sustancialmente en su personalidad. En esta etapa del desarrollo, las facultades cognitivas del niño le permiten construir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad hacia los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de sí mismo. A esta edad es normal que el niño se preocupe menos por las opiniones de sus familiares que por los juicios de sus iguales o de su sociedad.

En la pubertad, además de manifestar una reacción afectiva inicial, ante las frustraciones o la pérdida de bienestar, el niño puede continuar evolucionando hacia un cuadro depresivo más crónico; se pueden establecer procesos adaptativos y modos de respuesta a estímulos ambientales reiterativos. Uno de estos modos de respuesta consiste en rendirse a la

frustración experimentando una pesada sensación de pérdida, impotencia personal y vergüenza.

Gran parte de la sensación de carencia vivida en este período se debe a las ideas que el niño elabora acerca de su problemática y las consecuencias a las que puede llegar. El estado afectivo deja de ser una consecuencia automática de la experiencia, como lo es en niños pequeños, para convertirse más bien, en una evaluación lógica-concreta de la experiencia personal. Los niños de esta edad que no logran cumplir los ideales paternos se deprimen porque viven esa incapacidad como un fracaso personal y no solamente consideran la respuesta paterna. Del mismo modo, los niños sometidos a reiteradas experiencias de rechazo se deprimen a causa de su propio convencimiento de que no merecen ser amados, y no sólo como reacción ante el dolor del inmediato rechazo. A esta edad el niño investiga y evalúa su comportamiento en función de sí mismo y no de los estímulos externos es esta característica del pensamiento, la que determina que continúe sintiéndose deprimido aunque las circunstancias ambientales se modifiquen, por lo que es posible postular, como lo hacen varios autores, la posibilidad de una verdadera manifestación depresiva en esta edad.

Es imprescindible señalar que en la pubertad, la depresión es consecuencia de conclusiones cognitivas, que pueden ser equivocadas, pero que son independientes del entorno inmediato. Lo que favorece que la depresión no persista, es la flexible autovaloración que el niño posee, ya que responde con facilidad a las experiencias ambientales positivas. Las autoapreciaciones negativas no están aún tan consolidadas como para desvalorizar todos los triunfos o desvanecer todas las gratificaciones. Además, la depresión en la pubertad, a diferencia de la adulta, no genera en el individuo desesperanza y desesperación por lo futuro (Rie, 1966; citado en

Arieti y Bemporad, 1990). En esta etapa del desarrollo, el fracaso escolar constituye el fenómeno más constante que acompaña al trastorno depresivo subyacente (Ayuso y Sanz, 1973). Para los de 12 a 18 años de edad, es frecuente que se presenten las mentiras, intentos de suicidio, sentimientos de inferioridad y opresión y síntomas psicósomáticos; dolor de estómago y de cabeza (Nissen, 1973; en Avilés Cobián, 1989).

## **2.8. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

La adolescencia significa para el ser humano, cambios de gran intensidad, se enfrenta a situaciones que distan mucho de las que habitualmente como niño vive.

El individuo cambia: la transición de un estado a otro, significa pérdidas. Es decir, abandona su aspecto físico de niño, necesita aceptar su nueva imagen corporal, la cual no maneja con habilidad. Además, se enfrenta al hecho de que a pesar de persistir fuertes necesidades de dependencia, comienza a ver que sus padres ya no son las figuras ideales que él ha querido en la infancia, por lo tanto, los rechaza, aparecen en él resentimientos ante los padres y maestros, el adolescente empieza a combatir cualquier símbolo de sumisión a los adultos y rechaza entonces, todo lo que signifique autoridad; reglamentos, horarios, límites, etc. (Guisa Cruz, 1984).

El adolescente sustituye sus valores infantiles con nuevos ideales en un intento de adquirir identidad propia, así mismo, las nuevas necesidades sexuales que experimenta lo llevan a una búsqueda de su identidad sexual y los cambios en sus relaciones familiares y sociales implican un desequilibrio en su seguridad infantil. El adolescente abandona gran parte de los valores parentales como parte de su lucha normal por lograr independencia

intelectual y afectiva. Al mismo tiempo, carece de suficientes recursos psicológicos para enfrentar las frustraciones que el crecer implica (Saucedo García, 1983; Guiza Cruz, 1984).

El joven está consciente de su enorme necesidad de emancipación; pero se ve envuelto en una lucha desesperada contra su incapacidad por conseguirla.

Es por lo anterior que se puede decir que el adolescente se encuentra en un proceso renuente, que ante las situaciones que le producen cambios emocionales, sus reacciones pueden fluctuar de un idealismo extremo a un optimismo que le permite ignorar todos los obstáculos, a un pesimismo aplastante que le produce depresión, e incluso pueden presentarse ambas conductas en forma alternada. El mismo adolescente puede encontrar solución a este proceso normal mediante el apoyo de sus compañeros y a través de la identificación con los adultos que son altamente significativos para él. Ahora bien, si la intensidad y las manifestaciones de este estado depresivo son significativamente diferentes al proceso normal adolescente y si a esto se suma una historia personal alterada, por ejemplo, con pérdidas parentales tempranas, rechazo materno o antecedentes familiares de perturbaciones afectivas, entonces clínicamente, se observa una alteración general del individuo que se manifiesta mediante una depresión (Guiza Cruz, 1984; Chávez, 1995).

Erickson (1965), considera que la depresión en el adolescente tiene su origen en los cambios psíquicos estructurales, secundarios a los biológicos, sociales y psicológicos..

Jacobson (citado en Arieti y Bemporad, 1990), supone que la habilidad emocional del adolescente refleja la remodelación de la estructura psíquica

del individuo que se produce como consecuencia de los masivos cambios biológicos, sociales y psicológicos. Así también, Jacobson señala que las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer además a otros motivos, por ejemplo, la renuncia a vínculos y a objetos infantiles, la no consecución de ideales inalcanzables a los conflictos derivados de los sentimientos de vergüenza o culpa.

Aberastury (1987) pone de manifiesto que la depresión durante la adolescencia guarda estrecha relación con las pérdidas que significa el crecer. El adolescente tiene que elaborar el duelo por el cuerpo infantil perdido, por el rol y la identidad infantil a la que tiene que renunciar y por los padres de la infancia que no lo continuarán protegiendo. Implica experimentar el desprendimiento del núcleo familiar; pérdidas de objetos de amor. El ánimo depresivo, las reacciones de tristeza y los estados de profunda angustia que los adolescentes pueden presentar, son manifestaciones de lucha interior por renunciar al pasado y al mismo tiempo no perderlo del todo (Kaplan, 1986).

#### **SINTOMATOLOGIA**

Sobre el fondo de alteraciones anímicas ya descritas, muchas veces de escasa expresividad, ocupan el primer plano de las manifestaciones clínicas depresivas del adolescente los trastornos de comportamiento y las alteraciones de la corporalidad (Ayuso y Saiz, 1973).

Desde un punto de vista clínico práctico, la depresión en la adolescencia se expresa fundamentalmente por las fluctuaciones importantes que se le dan un carácter muy inestable al estado de ánimo y las manifestaciones

conductuales provocadas por las características del pensamiento adolescente; inmadurez en sus juicios, irrevocabilidad y la falta de moderación. Dichas características pueden predisponer al adolescente a los actos impulsivos y reacciones extremas (Guiza Cruz, 1984; Arieti y Bemporad, 1990).

La sintomatología de los adolescentes deprimidos, a la que Toolan (1978) denomina "equivalentes depresivos", es la que a continuación se describe:

El aburrimiento y la inquietud se presentan de manera notable. Por momentos, el adolescente parece no interesarse por nada, para después ocuparse intensamente de trivialidades. Pierde el interés de manera rápida y posteriormente busca, desesperadamente, algo nuevo para entretenerse.

El joven se queja frecuentemente de fatiga; puede fluctuar entre una apatía abrumadora y una inagotable energía. Es posible que experimente cansancio al levantarse por la mañana, independientemente de haber dormido lo suficiente.

Se presentan dificultades para concentrarse y memorizar; lo que puede dar lugar a problemas escolares y de aprendizaje.

En el adolescente, la negación y la actuación con los mecanismos defensivos que predominan, es su estrategia principal para afrontar problemas antes de encarar directamente un conflicto, lo evade.

La actuación de algunos adolescentes, puede conducirlos a realizar conductas impulsivas inconscientes llamadas "acting out"; actividades autodestructivas, conductas violentas, reacciones sadomasoquistas,

conflictos grandes de identidad y con la autoridad, actividad sexual promiscua, comportamiento temerario y audaz. Pueden presentar conducta delictiva, tal vez motivada por el deseo de llamar la atención. Otros, por medio de sus contactos sexuales indiscriminados intentarán aliviar su depresión, debido a que ésta es la única manera que conocen para relacionarse con otros. También se pueden presentar conductas adictivas; farmacodependencia y ocasionalmente alcoholismo.

Algunas veces, cuando el adolescente se siente olvidado y no querido por sus padres, busca reemplazar las figuras parentales perdidas con nuevas figuras gratificantes, lo que suele llevar al joven a refugiarse en bandas de delincuentes, sectas religiosas o cualquier otro grupo que le proporcione algún grado de seguridad y todas aquellas actitudes y conductas que paradójicamente lo van a hacer sentirse adulto, debido a que la dependencia infantil no superada sigue vigente en ellos.

Puesto que en la pubertad el cuerpo adquiere para el sujeto una gran importancia, durante la adolescencia aparecen perturbaciones de índole psicossomática, tales como la hipocondría, las alteraciones del apetito (bulimia y anorexia), preocupaciones obsesivas por la apariencia física -dismorfobia- (Ayuso y Saiz, 1973).

Por otra parte, como señala Guiza Cruz (1984), durante la adolescencia pueden aparecer algunas muestras incipientes o precoces de la enfermedad cíclica llamada *manicodepresiva*. Aunque es posible que el padecimiento se origine durante la niñez, lo cierto es que la mayoría de los casos se manifiestan durante la adolescencia; el diagnóstico puede ser difícil, pero en los adolescentes a los que finalmente se identifica como manicodepresivos, se advierte la presencia de cambios en el estado de ánimo más profundos y

prolongados, más cambiantes que los habituales, por ello no logran ligarse con la realidad, por lo que se considera desde el punto de vista psicodinámico que no encuentran para su YO un sitio adecuado, es decir, su estructura yoica es débil.

Para algunos autores (Arieti y Bemporad, 1990;), las presiones que la sociedad ejerce sobre los adolescentes contribuyen a exacerbar las características emocionales y conductuales propias de la depresión. En nuestra cultura, se les recuerda constantemente que están construyendo un futuro, sea en lo concerniente a sus estudios, matrimonio o posición social.

Es también el momento en que suelen alejarse del hogar por primera vez; aunque sea de manera simbólica, a menudo sienten que no están preparados para asumir tal responsabilidad, pero se avergüenzan de reconocer lo que para ellos es una necesidad infantil de dependencia. Están tan habituados a vivir de acuerdo con los dictados de otra persona (padres y maestros) que la libertad de que disponen ahora los hace sentir solos y llegan a dudar de sí mismos.

Con frecuencia pasan a depender de una nueva figura de autoridad, que se convierte en su fuente de orientación y significado.

Por lo que respecta al papel de la familia en la manifestación de la depresión en los adolescentes, es necesario identificar aquellas condiciones de interacción padre-hijos que facilitan u obstaculizan el proceso adolescente y que probablemente lleguen a generar en el joven un estado depresivo (op. cit.)

Los padres pueden influir de manera importante tanto en agravar como en aliviar la depresión en el adolescente. Si los padres no son comprensivos y se muestran demasiado fríos y lejanos ó por el contrario, más demandantes y exigentes, es probable que el joven presente una depresión más significativa en cuanto a tiempo e intensidad. En el primer caso, los padres de adolescentes, por lo general, piensan que su hijo ya está grande y olvidan que se encuentra en una etapa en la que necesita apoyo, cariño, comprensión y orientación, si no le brindan lo anterior, en el adolescente se intensifica su sentimiento de soledad y pérdida, consecuentemente una depresión.

Cuando los padres exigen demasiado al adolescente, obligan a que éste se esfuerce por satisfacer el ideal parental, y en ocasiones, el joven descubre que es incapaz de hacerlo o que la realización de ese ideal implica renunciar a sus oportunidades de individualización. Aun así, muchos adolescentes luchan por cumplir con el ideal parental, del que se adueñan negando su vida y placer, hasta que terminan por sucumbir a la depresión, hayan o no alcanzado el fin perseguido; lo exigido por los padres.

Es por lo anterior que autores como Arieti y Bemporad (1990) y Anthony (citado por los mismos autores señalados) afirman que es durante la adolescencia cuando van configurándose los rasgos característicos de la depresión; la dependencia de los demás, la meta dominante y en especial la marcada autonegación que poco a poco corroe toda vivencia de placer o significado, se tornan importantes hacia el joven.

El fracaso escolar puede ser una causa de depresión importante, aunque también se puede plantear que una depresión es causa de fracaso escolar. La depresión es producto de un proceso que se evidencia en los casos en

que los jóvenes y sus padres le atribuyen demasiada importancia al éxito escolar, por lo que algunos padres encomiendan a su hijo la realización de su ideal y al mismo tiempo utilizan los resultados como medida depresiva, lo cual es muy difícil de soportar por el hijo. Por tanto, el joven al no poder expresar su agresión hacia los padres y escuela, la vuelca hacia sí mismo con la consecuencia final de un cuadro depresivo.

Existen otros trastornos intrafamiliares que pueden explicar la depresión en el adolescente, por ejemplo la ausencia de un progenitor o ambos, el divorcio, o una mala relación de pareja, los defectos de los progenitores, sus cualidades y defectos que están sumamente deformados y que el adolescente juzga según los valores sociales convencionales, el abandono paterno debido a preocupaciones externas o por aislamiento e incluso también por delegar el cuidado de los hijos a otras personas. Es conveniente descartar que algunos jóvenes en circunstancias como las anteriores no presentan depresión.

Por lo que se concluye: la inestabilidad del adolescente provoca depresiones que se caracterizan por ser breves, es decir, no se cronifican ni intensifican. Pero si se presenta el caso de que la cronicidad e intensidad depresivas exacerbaban al adolescente, debe el psicólogo implementar una psicoterapéutica adecuada al periodo de edad por el que atraviesa la persona, dejando de lado la etiquetación psicológica o clínica que pudiese existir y acentuando que toda persona, sea de la edad que sea, mantiene un equilibrio homeostático con su entorno.

## **CAPITULO 3 ADOLESCENCIA**

## **ADOLESCENCIA.**

Para dar paso a la terapéutica de la depresión en los adolescentes, hay que hablar de lo que en la presente tesis se va a entender por ADOLESCENCIA.

El ser humano, a lo largo de su vida, experimenta transformaciones que dan lugar a diferentes etapas de desarrollo, que no son estáticas y presentan características particulares que permiten distinguir una de otras.

La adolescencia constituye un momento esencial al desarrollo psicológico. Etimológicamente, el término ADOLESCENCIA proviene del verbo latino "adolescere", cuyo significado es crecer, desarrollar, llegar a la maduración. Para la Psicología, el crecimiento al que alude la definición no sólo involucra los aspectos físicos, sino también a los de la personalidad, intelectualidad, afectiva, desarrollo y convivencia social del individuo.

La adolescencia es la fase de transición entre la infancia y la edad adulta. Resulta difícil marcar cronológicamente los límites de la adolescencia, aunque es posible señalar que se inicia con las transformaciones fisiológicas propias del crecimiento físico alrededor de los 11 o 12 años y finaliza a los 19, o iniciados los 20; dicha duración puede verse afectada por variaciones individuales y culturales. En algunas sociedades termina con la pubertad. Intelectualmente, la madurez se logra cuando la persona posee la capacidad de pensamiento abstracto.

Sociológicamente, se llega a la edad adulta cuando un individuo se sostiene a sí mismo, ha elegido una ocupación y un estilo de vida familiar. Desde el punto de vista legal, la edad adulta es cuando se pueden ejercer los derechos constitucionales. La edad adulta psicológica, se obtiene cuando se logra una identidad propia, se adquiere independencia afectiva de los padres, desarrollo de un sistema de valores y capacidad para establecer relaciones maduras con amistad y amor (Papalia, 1975).

### **3.1. ADOLESCENCIA Y PUBERTAD**

Adolescencia y pubertad, son vocablos empleados de manera indistinta, a pesar de que su significado no es el mismo; para establecer la distinción entre ambos términos, es de utilidad considerar lo expuesto por Peter Bloss (1971) quien define a la pubertad como el conjunto de manifestaciones físicas de la maduración, y a la adolescencia, como el conjunto de procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. De esta manera, es posible afirmar que la pubertad es el proceso de maduración biológica y la adolescencia el proceso de maduración integral del individuo.

Por lo tanto, para efectos de la presente tesis, se entiende por **ADOLESCENCIA**, a la etapa en la que el ser humano alcanza una madurez fisiológica concomitantemente a cambios conductuales, emocionales, cognoscitivos y de relación interpersonal.

La adolescencia, como rango de desarrollo, es importante dada la metamorfosis que experimenta el individuo, y en el cual, se da un proceso de adaptación al medio ambiente; dicha adaptación conlleva a la integración de

actividades y funciones que el sujeto debe afrontar con su nuevo cuerpo, ha dejado de ser niño.

### **3.2. ASPECTOS FÍSICOS**

Las transformaciones fisiológicas y morfológicas que se producen en la adolescencia constituyen sin lugar a duda uno de los acontecimientos más importantes de este período de desarrollo. La pubertad es considerada a veces como señal de inicio para la adolescencia. Por otra parte, dichas transformaciones corporales, suscitan evidentemente, un ajuste psicológico y es por ello que se ha supuesto la existencia necesaria de una perturbación de la propia imagen durante la adolescencia. En consecuencia, la pubertad constituye un factor causal frecuentemente invocado directa o indirectamente, para explicar la evolución psicológica de la adolescencia (Lehalle, 1990).

Uno de los primeros signos la pubertad, es el crecimiento repentino, el llamado "estirón", que no es más que un aumento notorio en el peso y en la talla, que ocurre generalmente entre los 9 y 13 años en las niñas y en los niños entre los 10 y 16 años (Conger, 1980). Antes del estirón, es común que los niños sean un poco más bajos y menos fuertes que las niñas, el crecimiento de ellos es posterior al de ellas, pero con mayor duración, por lo que pasado el tiempo generalmente los papeles se invierten y son los niños los de mayor talla y peso.

### **3.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS**

La maduración es la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia desde el estado prenatal. Es el momento en que la persona madura sexualmente y es capaz de reproducirse. Se caracteriza por el desarrollo de las funciones genitales; para las niñas, la menarca, el comienzo de la menstruación, señala el establecimiento de la maduración sexual. La primera polución, presencia de semen en la orina masculina, indica la maduración sexual en los varones.

También ocurren cambios en las características sexuales primarias y secundarias, considerando variaciones individuales. Las transformaciones de las características sexuales primarias son aquellas relacionadas directamente con los órganos sexuales, tales como el aumento gradual del tamaño de los ovarios, el útero y la vagina femeninos; y los testículos, la glándula prostática y las vesículas seminales masculinas. Así como el funcionamiento de los mismos, producción de espermatozoides en varones y maduración de óvulos en mujeres.

El desarrollo de las características sexuales secundarias incluye otros signos fisiológicos de maduración:

a) Desarrollo de los senos en las niñas, los pezones se agrandan y sobresalen; las aureolas también crecen y los senos toman primero una forma cónica para después adquirir una redondeada.

b) Crecimiento del vello en las regiones púbicas y axilar de ambos sexos; en la región púbica comienza a crecer el vello liso, fino, ligeramente más oscuro que el del resto del cuerpo, tiempo después se torna grueso y

rizado. En los varones, el vello facial aparece más tarde, generalmente el vello en el pecho asoma al final de la adolescencia.

c) Cambios en la piel, se incrementa la actividad de las glándulas sebáceas por lo que la piel se torna más grasosa y son frecuentes las erupciones de barros y espinillas, también el cabello se hace más graso. Las glándulas sudoríparas trabajan más, haciendo que el olor corporal sea más fuerte.

d) Cambios en la voz de ambos sexos, tornándose más grave en los varones y más aguda en las mujeres.

e) Modificación general de la constitución física, hombre y mujeres se desarrollan en forma diferente, la distribución del tejido graso es distinta; ensanchamiento de caderas en ellas y desarrollo muscular en espalda y hombros en ellos, lo que da por resultado que cada sexo logra una particular conformación corporal, (Papalia, 1975).

Es importante subrayar que los cambios físicos y biológicos se rigen de manera individual, cada "púber" posee un reloj biológico propio, así como características heredofamiliares distintas. Además, se debe tomar en cuenta variables como la alimentación, raza, clima, situación geográfica y estado general de salud, para poder así, emitir juicios acerca del desarrollo (García Calderas, 1989).

#### **3.4. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PUBERTAD**

Es evidente que el crecimiento físico en la adolescencia por su relativa brusquedad y por el hecho de que es vivido socialmente como una transformación cualitativa, no puede dejar de tener una repercusión sobre el

plano psicológico. El adolescente necesita identificarse con su propia imagen

La adaptación a las transformaciones físicas se considera a menudo como difícil y afectada por la duración del crecimiento. Los adolescentes experimentan una cierta inquietud ligada a una sensación de desconcierto, de anormalidad corporal, a menudo no justificada. Se habla de dismorfobia (cambio corporal). Según Lehalle (1990), menciona varios estudios sobre los efectos del desarrollo físico de la personalidad de los adolescentes, en los que destaca que el hecho de que la pubertad sea precoz o tardía, parece tener consecuencias importantes y duraderas en los planos afectivo y social, dichas consecuencias se verán condicionadas por el sexo.

En cambio para Coleman (1980), citado por Lehalle (1990), la influencia de los medios de comunicación hace que los adolescentes tiendan a concebir normas ideales respecto del aspecto físico y a sentir incomodidad con su propio cuerpo, si este no corresponde a dichas normas. Sucede así, que los adolescentes que creen no alcanzar los estereotipos físicos tienen tendencias a tener opiniones desfavorables de sí mismos en otros terrenos (por ejemplo el emocional). Esto es así, sobre todo cuando los adolescentes son muy jóvenes. Ursild (1952), citado por Papalia (1975), indica que ambos sexos desean lucir como todos los demás y no se sienten a gusto cuando maduran más temprano o más tarde que sus iguales debido a que durante la adolescencia la mayor parte de ellos se preocupan más por su apariencia física que por otro aspecto relacionado con ellos.

### 3.5. ADOLESCENCIA

El proceso de pubertad afecta la maduración integral del individuo. Bloss (1971), manifiesta que la adolescencia como proceso de transición a la edad adulta, es la suma de todos los intentos del individuo para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta.

La adolescencia constituye una nueva fase de autominimización, de abandono a las viejas dependencias. En el plano cognitivo por ejemplo, se trata de liberarse de las estructuras concretas para situarlas en el conjunto de las formales. Este desarrollo tendrá consecuencias importantes en lo que se refiere a las ideas y representaciones de todo tipo. En el plano afectivo, se trata en cierto modo de asumir la separación con los objetos parentales para comprometerse en otros lazos y/u objetos de amor, por lo que se produce una reestructuración individual que supera las identificaciones parentales. Por último, en el plano social, la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de una independencia económica y de una integración a la sociedad global, no mediatizada por la familia. De este modo, la adolescencia aparece como una fase decisiva de una evolución hacia una mayor independencia psicológica o al menos como una fase de modificación de las dependencias con todas las consecuencias que ello comporta en el plano de la persona y de las relaciones con los otros (Lehalle, 1990).

El período de la adolescencia no se puede analizar independientemente de los períodos precedentes. Los adolescentes tienen ya un largo pasado tras ellos que determina en gran medida sus modalidades de reacción frente a las circunstancias actuales. Las transformaciones psicológicas producidas durante la adolescencia condicionan la posterior adaptación del individuo.

### **3.6. ASPECTOS INTELECTUALES**

Es durante la adolescencia (alrededor de los 12 años) cuando el niño alcanza un nuevo nivel de desarrollo intelectual denominado por Piaget como "período de las operaciones formales". En el período anterior; el de operaciones concretas, el niño se ocupa sobre todo del presente, del aquí y el ahora; en las operaciones formales, el adolescente extiende su mundo conceptual a lo hipotético y abstracto, a lo futuro, a lo espacialmente remoto. Además, la cantidad de elementos en la que puede el joven pensar de manera simultánea aumenta considerablemente.

El adolescente, es capaz de pensar en función de lo que puede ser verdad y no sólo de lo que observa de una situación concreta, su pensamiento va de lo real a lo posible; de lo que solamente es o lo que podría ser. Cuando enfrenta un problema, posee habilidad de considerar una serie de alternativas de manera objetiva; se desarrolla en él, la capacidad de pensar en forma abstracta, puede establecer hipótesis y métodos de experimentación para comprobarlas y deducir si son verdaderas. Es entonces, cuando alcanza el razonamiento hipotético-deductivo. Razona de manera sistemática; considera todas las opciones posibles, las analiza una por una, para eliminar la falsa y llegar a la verdadera. Este proceso de razonamiento lo puede aplicar a toda clase de circunstancias, de tal forma que puede entonces integrar lo que ha aprendido en el pasado con su situación presente y sus planes futuros, aplica este mecanismo a la vida cotidiana y a la académica (Flavell, 1985).

El adolescente piensa en las causas que originan en él y otras personas cambios en su comportamiento. Adquiere una nueva capacidad, es decir, piensa en su propio pensamiento; se da cuenta de que puede pensar una cosa y decir otra. La capacidad de "pensar en el pensamiento", permite al adolescente conceptualizar el razonamiento, por lo que consecuentemente discute ideas y no simplemente hechos, como en su infancia (Weiner, 1976, en Flavell, 1985).

El pensamiento operativo formal permite al joven un nuevo nivel de comunicación social; la comprensión de metáforas, sátiras y frases de doble sentido (Flavell, 1985).

Piaget (citado en Flavell, 1985), considera que la nueva capacidad del adolescente para orientarse hacia lo que es abstracto, es la manifestación más directa y simple del pensamiento formal. El pensamiento formal es a la vez, un pensamiento acerca del pensamiento (la lógica proposicional; la implicación, la eliminación de las contradicciones, la disociación y la exclusión de los factores en el razonamiento experimental, las operaciones disyuntivas, y lo que es más importante, el conjunto del sistema), y una inversión de las relaciones entre lo que es real y lo que es posible (los esquemas operatorios de la lógica formal; los esquemas combinatorios, la combinación de los inversos y recíprocos, así como ciertas combinaciones que requieran un nivel de abstracción que permita plantear la conservación a pesar de la observación de una no conservación). Estas dos características, constituyen la fuente de la originalidad del razonamiento adolescente; respuestas vivas, siempre llenas de emoción, que lo conducen a las construcciones teóricas propias de la edad; sus ideales para adaptarse a la sociedad (Flavell, 1985; Inhelder y Piaget, 1955; citados en Lehalle, 1990).

A pesar de la capacidad del adolescente para conceptualizar ideas y tener un punto de vista científico al observar un fenómeno, su pensamiento no es completamente adulto debido a su marcado egocentrismo, el que interfiere con su habilidad para pensar abstracta e hipotéticamente. De acuerdo con Flavell (1985), este egocentrismo toma la forma de una especie de idealismo ingenuo, propenso a la falta de moderación en las propuestas de reformas y reorganización de la realidad "omnipotencia del pensamiento" y una creencia inmoderada en la eficacia del propio pensamiento unido a un gran menosprecio de los obstáculos prácticos que pueden enfrentar las propuestas. Piaget (citado en Flavell, 1985), considera que la indefinida extensión de poderes del pensamiento hecha posible por los nuevos instrumentos de la lógica proporcional en un principio conducen a una incapacidad para distinguir entre las nuevas capacidades adolescentes y el universo social al que se les aplica. Como parte de su egocentrismo, el adolescente llega a pensar que las cogniciones de los otros se concentran invariablemente en él.

En resumen, cuando el adolescente acepta por una parte, sus alcances y limitaciones intelectuales y prácticas, y por otra que no es el contenido central del pensamiento de los otros, habrá logrado superar su egocentrismo y esta toma de conciencia favorecerá el desarrollo de su pensamiento hipotético-deductivo. Así mismo en relación con la depresión, cuando el joven se encuentra padeciéndola, la fluidez de pensamiento es mínima, aletargada y no hay un foco de atención o agilidad mental.

### **3.7. ASPECTOS EMOCIONALES**

Para comprender los aspectos afectivos de la adolescencia, es importante considerar la interpretación que el psicoanálisis hace de ella. En la teoría

psicodinámica siempre se hace implícito el hecho de que la adolescencia constituye una fase del "continuum" del desarrollo psicosexual.

Por lo que Bloss (1971), define a la adolescencia como la suma total de todos los intentos del aparato psíquico para ajustarse a la etapa de la pubertad. El proceso adolescente conforma una secuencia ordenada en el desarrollo psicológico, con cierta elasticidad cronológica y que puede describirse en términos de fases o estadios más o menos distintos.

El adolescente puede atravesar rápidamente las distintas fases o puede elaborar una de ellas con variaciones; pero de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas esenciales de las diferentes fases. Para Bloss (ibid), las fases de la adolescencia no son cronológicas, sino evolutivas y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente etapa.

González Núñez (1986), al forzar la clasificación de Bios y asignar una edad aproximada a cada etapa, obtiene la siguiente frecuencia: se considera etapa de latencia de 7 a 9 años, es preadolescencia, de 9 a 11 años; adolescencia temprana, de 12 a 15 años; la adolescencia, de 16 a 18 años; una adolescencia tardía de 19 a 21 años y de 21 a 24 años se experimenta una postadolescencia.

La descripción de Bloss (et. al.) permite evidenciar algunos procesos fundamentales de la adolescencia. Distingue los siguientes estadios:

a) Latencia.- en ella se proporciona al niño los instrumentos necesarios para enfrentar el incremento de los impulsos de la pubertad para la estructura yoica sólida. De tal manera que el niño es capaz de canalizar su energía a

estructuras físicas diferenciadas y a diversas actividades psicológicas que no incrementen la tensión sexual y agresiva. La inteligencia, se desarrolla y emplea juicios lógicos a la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo adquieren una estabilidad considerable. El YO es más resistente a la regresión y los impactos de la vida, además de ser un poco más independiente.

b) Preadolescencia.- en esta fase se despierta a las pulsiones ligadas al desarrollo de la pubertad. Se trata de un aumento cuantitativo de la energía sin que exista determinación de un nuevo objeto amoroso ni de un nuevo objetivo pulsional. Este despertar pulsional, permanece de alguna manera indiferenciado. Existe una socialización, creación de defensas autoplásticas y propicia la formación de grupos. Hay mayor acercamiento con los niños del mismo sexo y se rechaza a los de sexo opuesto. Puede existir, además, angustia por la homosexualidad, intentos primeros de autodefinición del rol psicosexual. El individuo es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlarlo. La hostilidad se hace presente hacia los compañeros del sexo opuesto, se tornan burlones y agresivos, en realidad lo que se intenta es negar su angustia.

c) Adolescencia temprana.- corresponde esencialmente a una fase de ausencia de identificación con objetos de amor con lo que el aparato psíquico se ve amenazado. Se presenta entonces, un sentimiento de vacío provocado por un distanciamiento entre lo que es y lo que se desea ser. La madurez sexual afecta la adaptación emocional. Se intensifica la amistad con personas del mismo sexo; camaradería con mezcla de idealización y erotismo. Los intereses y la creatividad se ven disminuidos, por lo que emerge una búsqueda de valores.

d) Adolescencia.- se caracteriza por el descubrimiento del objeto heterosexual. Posteriormente, puede aparecer una etapa narcisista como fase de desprendimiento entre la ligazón a los padres y el amor heterosexual de un nuevo objeto. Por otra parte, de acuerdo a la teoría psicodinámica, el desprendimiento de los primeros objetos de amor, se acompaña de un trance depresivo, previo al establecimiento de otros lazos objetales. Se muestra una tendencia a la experiencia interna y al autodescubrimiento. Hay intelectualización y búsqueda de vida emocional, que es un caos. Elaboración de defensas para mantener la integridad, se experimentan contradicciones emocionales. La energía se dirige hacia la genitalidad. Esta fase culmina con la formación de la identidad sexual.

e) Adolescencia tardía.- es una etapa de consolidación de las funciones y los intereses del YO. El joven se encuentra estable emocionalmente, definido sexualmente, adquiere representaciones de sí mismo y del mundo que le rodea. Su capacidad integrativa se pone al servicio de la adaptación al ambiente. Se completan las transformaciones biológicas. Existe la necesidad de establecer vínculos y determinar objetos amorosos. Armonía y estabilidad en el pensamiento y la acción. Gana en capacidad propositiva, integración social y estabilidad en su autoestima. Hay una mayor unificación entre procesos afectivos y volitivos. Elección del estilo de vida y prioridades.

f) Postadolescencia.- etapa de transición a la edad adulta. En dicha etapa, se define el estilo de vida, profesión, matrimonio, etc. Se establece una congruencia entre los intereses personales con las normas de la sociedad. (Coronado Medina, 1990; González Núñez, 1986; Gilbeault y Vicent, 1980; citados por Lahalle, 1990).

Es importante registrar las etapas anteriormente descritas para comprender los diferentes procesos de desarrollo y evolución interna del sujeto, para posteriormente identificar los aspectos observables y manifiestos del proceso de la adolescencia.

El adolescente, en consecuencia a su pubertad, debe adaptarse a su nuevo cuerpo, aprender a funcionar con el nuevo rol que se le impone y realizar cambios en su forma de relacionarse con los demás, particularmente, con sus padres, todo lo anterior es posible si consigue elaborar lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo de niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury, 1987).

Así mismo, el joven se siente solo, único e incomprendido, esto le lleva a experimentar un sentimiento de aislamiento que él mismo busca, acompañado generalmente de tristeza y estados en los que se complace, por más que reproche a su entorno de ser el responsable de lo que le pasa y de no comprenderle.

En estas depresiones, se observa un placer morboso en mantener su pena únicamente por la satisfacción de seguir existiendo.

Deutch (citado en Lehalle, 1990) observa este comportamiento en las adolescentes de quienes dice se proyecta con su propia incomprensión su inseguridad y las ganas de llorar. De todas formas, como lo señala Mucchielli (et. al.) sea cualquiera el comportamiento que adopten (megalomanía o depresión), los jóvenes quieren sobre todo, afirmar que de ahora en adelante son seres originales en posesión de una intimidad en la que ya nadie tiene derecho a penetrar.

Por lo expuesto con antelación, es por lo que se considera a la adolescencia como un proceso crítico. Si además de ello, en la niñez temprana el individuo experimenta conflictos psicológicos (pérdidas, abandonos o separaciones -reales o imaginarias- del objeto amado), entonces, se incrementa la posibilidad de que durante su adolescencia se presente algún desorden, ya sea en su personalidad o en su integridad de ser humano.

### **3.8. IDENTIDAD**

Para Erickson (1986), la adolescencia no puede ser considerada independientemente del ciclo vital: estadios anteriores y estadios posteriores son importantes. Cada estadio corresponde a la solución de una crisis y en la adolescencia, la tarea principal del individuo consiste en desarrollar una identidad coherente, el individuo debe integrar los elementos de identidad producto de los estadios anteriores. Esta integración requiere de una moratoria, es decir, de un tiempo de reflexión en el que los compromisos que conducen a la edad adulta son aplazados para más adelante se produce, entonces, una búsqueda activa de compromiso. Pero no se toman decisiones definitivas. La identidad coherente consiste en un aspecto reflexivo: la representación que el sujeto tiene de sí mismo, pero sobre todo, un aspecto social: tener una identidad, es estar comprometido socialmente, lo cual presupone que se han tomado elecciones propias en lo referente a las ideas y al modo de vida, después de haber considerado una gama de posibilidades. La identidad le proporciona al individuo sentido de pertenencia al grupo y a su vez, lo distingue de los demás miembros del grupo. Una identidad difusa es un YO no estructurado y débil.

Por otra parte, Erickson (1965) señala que la crisis de la adolescencia se caracteriza por los conflictos en las relaciones interpersonales, en las escalas de valores sociales y en el control de emociones.

### **3.9. AMISTAD**

El mundo del adolescente se amplía notablemente con la aparición sobresaliente de los amigos, especialmente con la creación de grupos que le proporcionan puntos de referencia importantes para la formación de su identidad (Douvan y Adelson, 1966; citados Becerril, 1989), distinguen tres estadios de las relaciones amistosas de la adolescencia (de los 11 a los 13 años aproximadamente) la amistad aparece más centrada en las actividades comunes que en la interacción misma, hay poco énfasis en el intercambio mutuo a nivel de los sentimientos. Más adelante, hacia los 14 ó 16 años, los adolescentes insisten en el hecho de que las relaciones amistosas deben basarse en una confianza recíproca, el aspecto de seguridad parece muy importante. Las relaciones amistosas a ésta son esencialmente de tipo espectacular, como si el adolescente tuviera necesidad de un doble de sí mismo, que al mismo tiempo que él, se encontrará enfrentando el mismo tipo de problema de identificación. La edad de 14 a 16 años, corresponde a menudo con los primeros amores. La amistad podrá constituir entonces, un medio de compartir las propias emociones con alguien de confianza y frente a quien no puede haber rivalidad sexual. Al final de la adolescencia (17 años o más), las relaciones amistosas se hacen menos pasionales, menos obsesionadas por el miedo al abandono o a la traición. Se produce entonces, un mayor énfasis en la diferencia interpersonal. Tal diferencia es valorada y considerada enriquecedora. Por otra parte, a esta edad el desarrollo del nexo heterosexual contribuye a disminuir la intensidad del lazo

de amistad con un compañero del mismo sexo. La adolescencia parece ser un período en el que las relaciones de amistad están muy cargadas de afecto.

Aún cuando el grupo de padres es muy importante para el adolescente, cuando la opinión de los amigos se opone a la de los mismos es posible distinguir dos tipos de respuesta; cuando el contexto requiere decisiones que afectan a la posición actual y a las necesidades de identidad, los adolescentes optan por la opinión de los padres. En resumen, los adolescentes consideran a sus amigos y sus padres como guías igualmente competentes aunque en terrenos distintos (Brittain, citado en Lehalle, 1990).

El adolescente descubre sus potencialidades y para actuarlas, se inclina a imponer sus ideas, se enorgullece de sus logros, necesita poseer su propia escala de valores y buscar ser aceptado, amado y respetado por lo que es y por aquello que persigue, aún cuando en ocasiones él mismo lo desconozca.

### **3.10. SEXUALIDAD**

Se despierta la afectividad en el adolescente, el sentimiento esume gran importancia en su vida; es especialmente sensible y padece repentinos cambios en su estado de ánimo y conducta, puede mostrarse triste, alegre, molesto, enfadado, etc., sin motivo aparente, su conducta oscila entre lo apacible y lo agresivo (Corbelle, 1985).

Es durante la adolescencia cuando aparece el primer amor, las relaciones con el sexo opuesto adquieren un matiz diferencial de las que se mantienen con el mismo sexo. El adolescente toma conciencia de sus cambios

biológicos y de su sexualidad, y ha de enfrentarse a ésta librando una lucha entre sus impulsos y la represión social de la que es objeto.

Los jóvenes enfrentan constantemente estímulos sexuales, como la publicidad en todos los medios de comunicación, situación que agudiza su interés por conocer, satisfacer y comprender su sexualidad tan evidentemente natural en el proceso adolescente.

Ante esta situación, el joven debe valerse de los pocos elementos con los que cuenta para satisfacer esta inquietud. Dichos elementos los podrá obtener de fuentes poco fundamentadas, principalmente por información de compañeros mal documentados. El comportamiento característico de esta edad se combina con las respuestas más frecuentes para expresar y disipar dudas o necesidades sexuales con las que subliman la verdadera intención del muchacho o muchacha.

Las manifestaciones más frecuentes de sexualidad en esta etapa son:

a) Inquietud sexual.- en los varones se presenta con un alternado manipuleo genital interpersonal, en las mujeres se presenta una manera sublimada, esto es, busca un acercamiento físico con el sexo opuesto, socialmente aceptado, por ejemplo, saludar a un compañero de mano o hasta de beso; además, también propicia el contacto físico con otras chicas por medio del abrazo o tomarse de la mano.

b) Atención al sexo opuesto.- en los chicos aumenta su atención por las principales características físicas femeninas, esta observación es generalmente indiscreta y comentada en grupo. En las muchachas, esta

observación es discreta y poco comentada, solamente con las compañeras más cercanas.

c) Preocupación por el aspecto físico.- tanto en hombres como en mujeres se acentúa la atención en el arreglo personal, con el objeto de atraer la atención del sexo opuesto, principalmente.

d) Necesidad de demostrar virilidad y femineidad.- se refiere a las actividades de ambos sexos con las que pretenden reafirmar su condición de "hombre" o "mujer" según sea el caso. El joven busca demostrar que es "muy hombre" por medio de conquistar chicas, pelear públicamente para mostrar su fuerza o cuando propone una comparación colectiva de sus genitales con la intención de mostrar pretenciosamente la grandeza de su miembro y por ello, ganar la admiración de los demás.

Las mujeres pretenden demostrar que poseen todas las características que califican a una chica como "femenina", las conductas más frecuentes son evidenciar que es menos fuerte que el hombre, que es más delicada que éste, que posee buen gusto y delicadeza, etc., lo que las conduce a ser deseada por los hombres y envidiada por las muchachas.

e) Masturbación.- junto con el autodescubrimiento físico, la masturbación nace de la necesidad de conocer las transformaciones del cuerpo, además de dar cauce a las necesidades sexuales que experimenta y que debe reprimir (Camecho, 1991).

### **3.11. LA FAMILIA**

Conger (1980) afirma que el mayor conflicto al que hace frente el adolescente, es el conflicto generacional, provocado por la brecha existente entre él y sus padres.

Cuando los hijos crecen y llegan a la adolescencia, con las presiones que ejercen los padres, provocan sentimientos de inadecuación del YO, aislamiento e incompreensión, es en esta etapa cuando los jóvenes, según Hurlock (1987), descubren las imperfecciones e incongruencias del mundo, se desilusionan de las ideas y actuaciones de los adultos; particularmente de sus padres (Esquivel, 1989). Los adolescentes desean entonces, tener una vida independiente, aunque en realidad sean aún dependientes emocional y económicamente de ellos; formulan nuevas exigencias sociales económicas y emocionales, muchas de las cuales son tan poco razonables que los padres creen que deben reprimirlas. Los padres amonestan y actúan como freno a los esfuerzos del adolescente por llegar a ser adulto maduro e independiente. Los padres dejan de ser las figuras más importantes, disminuyen su influencia; ahora es más importante la opinión de los amigos. El adolescente se resiste a las indicaciones y con frecuencia, hace lo contrario de lo que es aconsejado. Las principales causas de fricciones entre padres e hijos son: la disciplina paterna demasiado estricta, la escasa independencia del joven, la falta de comprensión de ambas partes y la mala comunicación (Hurlock, 1987).

### **3.12. ASPECTOS SOCIALES**

En el terreno social, la adolescencia, es un época de desenvolvimiento; adaptación y acomodación en la sociedad. El adolescente se encuentra en

un estado de "locomoción social", transita del grupo infantil dependiente al grupo adulto autónomo, su pertenencia no es definitiva en alguno de ambos grupos.

Durante la adolescencia, el sujeto posee la sensibilidad a los estímulos sociales; se realizan procesos de autodefensa, autorrealización y conquista por la autonomía personal, debido a que más tarde será un adulto dentro de la sociedad y ya no tendrá padres ni profesores para vigilarlo, aconsejarlo y orientarlo. Como adulto debe poseer la capacidad de autodirigirse; es decir, de poder escoger entre varias situaciones, la más favorable para su bienestar personal y adaptación social; juzgando y orientando su propia conducta (Coronado, Rosales; 1990; Muss, 1984).

Los adolescentes (ni adultos ni niños) tienen que enfrentarse a situaciones sociales en la que la posición y los roles son ambiguos y mal definidos. El trato que recibe por parte de la sociedad es incongruente, no se le aceptan ciertas formas pueriles de conducta, pero al mismo tiempo, determinadas formas de conducta adulta no le son permitidas o si se le admiten, son recién adquiridas y extrañas para él, le son impuestas. De ahí que la adolescencia es un período en el que el individuo debe aprender nuevos roles sociales.

### **3.13. ROLES Y POSICIÓN SOCIAL**

Las nociones de rol y posición presuponen una clasificación de los individuos según criterios sociales que conducen a definir posiciones sociales. Esta clasificación funciona al nivel de las representaciones y condiciona las relaciones interindividuales. La posición de status no corresponde con el conjunto de actividades o de comportamientos que el individuo puede legítimamente esperar en razón de la posición social que ocupa. El rol

corresponde al conjunto de actitudes y comportamientos que el sujeto tiene en una posición determinada y que debe desarrollar para validar su status.

Como los adolescentes no tiene sus roles definidos, Thomas (1968, citado en Lehalle, 1990) subraya las dificultades psicológicas por las que el joven atraviesa, distingue tres aspectos:

a) **Conflicto de roles.**- Corresponden al hecho de que el individuo, según las situaciones sociales, debe desempeñar roles contradictorios, ya que se esperan de él comportamientos diferentes. Esto es el caso en que el adolescente espera, como hijo, la sumisión y obediencia hacia los padres, pero que ante los compañeros o amigas debe mostrar iniciativa e independencia. Así mismo, puede hacer un conflicto en el seno de un mismo rol, por ejemplo, aquél adolescente que adquiere cierta independencia en relación a la familia al mismo tiempo que sigue siendo dependiente en otros aspectos como el económico.

b) **Discontinuidad de los roles.**- Es cuando entre los nuevos roles que el adolescente adquiere y los que ya poseía no hay continuidad, no existe un puente entre ambos estados; el rol anterior y el rol reciente, o cuando el segundo estado supone algo no aprendido. Es el caso del paso de la escuela al mundo laboral, al adolescente no se le enseña a trabajar.

c) **Incongruencia de rol.**- es cuando el joven puede abocarse a detentar roles que no le corresponden desde el punto de vista de sus intereses o de sus motivaciones personales. Es el caso en que los padres tienen una expectativa demasiado fuerte o distinta a la del adolescente en cuanto al "triunfo social" y lo obligan a la actuación y aceptación de aquello que no desea.

### 3.14. SOCIALIZACIÓN

La socialización se puede definir como el estudio genérico de tres aspectos del desarrollo social: las relaciones interpersonales (desde los primeros vínculos objetales), las representaciones sociales (aspectos ideológicos, normas, etc.) y las actividades sociales o socializadas (actividades profesionales, escolares, etc.). Estos procesos se desarrollan en los llamados espacios; familia, escuela, grupos de padres, sociedad, que son medios en la medida en que influyen en tales procesos.

Durante la adolescencia, la socialización se produce a través de una mayor variedad de medios (escuela, grupo de padres, medios de comunicación, etc.) y entre tales medios el grupo de padres se convierte en predominante en relación a la familia, la socialización extrafamiliar es más importante para el adolescente.

La escuela y el grupo de padres son significativos en el proceso de socialización por el hecho de que favorecen la formación de "grupos espontáneos", en los que el adolescente desarrolla lazos de amistad.

El adolescente suele presentar conflictos con el orden social existente, al cual cuestiona y desafía constantemente pero al que en el fondo desea pertenecer. Generalmente en el paso del tiempo y alcanzada la madurez, el adolescente resuelve su inadaptación social pero existen casos en que esto no sucede y los jóvenes continúan experimentando insatisfacciones con la sociedad o con ellos mismos. Los jóvenes pueden responder a su inadaptación de diversas maneras; unas negativas, como el caer en delincuencia, y otras positivas, como el formar un grupo de convivencia de la

misma edad encausado a promover mejoras para la comunidad, por lo que se encuentran formas particulares de vivir con las que se sienten mejor, o bien, alejándose de las grandes ciudades y viviendo en comunidades que siguen alguna orientación determinada; otros, se vuelven parias sociales; adictos a las drogas, delincuentes o revolucionarios políticos con fines negativos (Conger, 1980).

Por lo tanto, se concluye que para que la etapa de la adolescencia sea adecuada al entorno, se debe promover la concientización y educación de todas las áreas en que actúa la comunidad; por ejemplo, la escuela, los hospitales, el área vecinal, etc.. No se debe olvidar que una juventud sana traerá una colonia mejor, por lo tanto un estado de vida óptimo para todos los miembros de la sociedad.

**CAPITULO 4**  
**TRATAMIENTO DE LA**  
**DEPRESION**

## **TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.**

La depresión en la adolescencia es un estado consecutivo a los cambios físicos y a su repercusión en la esfera psicológica y por lo tanto emocional, y como tal, es un estado funcional que no debe considerarse anormal. Cuando este estado se desvía e intensifica, debe de crecer la atención especializada, (Escotto Morett, 1984).

Para Macías Valdez (1985) el tratamiento de adolescentes deprimidos plantea la siguiente problemática:

- 1.- El cuadro clínico puede estructurarse como el de un adulto y requerir, por lo tanto, un tratamiento parecido.
- 2.- El riesgo de suicidio puede ser elevado.
- 3.- En el periodo de desarrollo crítico que es la adolescencia, se agrega una situación que es fuente de angustia y puede agravar la conflictiva propia del joven con su familia, la sociedad y los valores culturales que están en juego.

El mismo autor, marca que hay que considerar ciertos aspectos en el tratamiento del adolescente depresivo, como es:

- a) La edad y el periodo de desarrollo. Según Toolan (1978), en la adolescencia temprana la depresión se encuentra enmascarada por tendencias al ACTING OUT. En la adolescencia media, se hacen evidentes reacciones francamente depresivas, que son bastante parecidas a la clásica depresión adulta, a la cual se agrega un sentido de confusión de la propia

identidad. Finalmente, en la adolescencia tardía el alcohol, la droga y el sexo impiden a menudo al adolescente enfrentar sus propios sentimientos dolorosos. La modificación en el cuadro clínico es producto de los cambios psicológicos normales que tienen lugar durante el proceso adolescente.

b) La problemática propia del adolescente. Es conveniente distinguir entre lo que es achacable a la crisis de la adolescencia y lo que está siendo determinado por la depresión.

c) El riesgo de ACTING OUT, del suicidio o de conductas antisociales, que el psicoterapeuta debe manejar directamente con el adolescente o auxiliándose de otros miembros del equipo de salud, de la familia o de ciertas entidades tales como la escuela.

En el manejo psicoterapéutico del adolescente es muy difícil establecer generalizaciones, sobre todo si se toma en cuenta lo antes expuesto. Cada caso debe ajustarse individualmente a su problemática y a su historia personal (Macías Valdes, 1985). La psicoterapia en sus diferentes modalidades y la administración de psicofármacos en sus variados tipos, son una instancia que puede emplearse en el tratamiento de la depresión durante la adolescencia.

Uno de los aspectos más difíciles en el tratamiento, es el establecimiento favorable de la alianza terapéutica, basada en la confianza, pues es evidente que el adolescente debe confiar en el terapeuta, independientemente de la modalidad terapéutica que éste emplee.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La alianza terapéutica con el adolescente debe considerarse como una situación constante y flexible, se establece porque es necesaria como parte de cualquier tratamiento.

Algunas líneas de acción que el terapeuta debe tomar en cuenta para desempeñar su labor con adolescentes deprimidos, de acuerdo a Escotto Morett (1984) y Macías Valdez (1985) son las que a continuación se indican.

a) Por las propias características del joven que tiende a desestabilizarse con facilidad, es importante comprender que la consistencia debe ser suficientemente elástica como para permitirle adaptarse y hacer que enlace con el terapeuta el tratamiento a seguir, este por su parte, debe tomar conciencia de que representa la figura del adulto, pero de tal manera que esta representación no significa necesariamente un conflicto para el joven.

b) El papel del terapeuta frente al adolescente debe además de ser controlado y de brindar seguridad y firmeza, exponer un uso inteligente de la autoridad y ofrecerse como un ideal del YO psicológico del sujeto.

c) Debe de tener la capacidad de poder tolerar la desconfianza y arrogancia del joven, ya que está entendiendo una etapa en la vida en la que como parte de un proceso de crecimiento, esto se presenta casi con regularidad. Además de la desconfianza hacia el adulto, en el adolescente, existe la situación dinámica creada por la pérdida del objeto (real o imaginario) que dificulta el establecimiento de la relación.

d) En caso de que exista el riesgo de suicidio, el terapeuta debe evitar una actitud demasiado complaciente y de apoyo a las ideas suicidas del joven que puedan estimularlo inconscientemente; también debe evitarse el miedo

excesivo del terapeuta hacia la posibilidad de un suicidio, que lo conduzca a tomar precauciones exageradas.

e) Debe evitar el riesgo de hacer al paciente abiertamente dependiente del tratamiento y al terapeuta, sin que por ello deba menoscabar la responsabilidad que tiene hacia el adolescente.

La alianza terapéutica tiene por objeto producir la empatía suficiente, el acercamiento emocional que genera apoyo y desconfianza y precisamente, el superar la crisis y proporcionar un ideal para que el adolescente se identifique y consolide finalmente su personalidad, tomando en cuenta las normas morales y sociales de la sociedad a la que pertenece con las cuales pueda interactuar adecuadamente con sus compañeros, su familia y con el medio en general (Escotto Morett, 1984).

Por lo que respecta a las diversas técnicas psicoterapéuticas individuales, Macías Valdez (1985) señala que existen varios niveles de ellas que se pueden emplear en adolescentes según el período de desarrollo, la gravedad del cuadro y las metas que se propongan. En un primer nivel se encuentran la terapia breve, de apoyo y esclarecimiento, centrada en el problema y que es útil en los casos leves o en aquellos en que una intervención a largo plazo sea difícil de realizar. En este tipo de intervención, la labor se centra en los mecanismos de defensa; negación, proyección y desplazamiento, de los cuales hay que hacer consciente al joven por medio de la interpretación de los hechos del conflicto actual, lo cual no resulta difícil en general, ya que sus síntomas se traducen con frecuencias en actos de conducta. La intervención oportuna en momentos de crisis es de gran beneficio, ya que el adolescente presenta ambivalencia acentuada frente a la autoridad, la rechaza, pero necesita sentirse apoyado,

situación que el terapeuta debe aprovechar para comunicarse afectivamente con el joven.

Un segundo nivel es aquel en que la psicoterapia sea prolongada y se establece una relación de tipo transferencial con manejo de la misma. En este nivel, además de un mayor conocimiento de la personalidad del adolescente, se puede profundizar en el origen de sus conflictos y en la génesis de la reacción a la pérdida de objetos y establecer la relación a nivel terapéutico. En este segundo nivel quedan incluidas las psicoterapias de grupo.

Un tercer nivel, el más profundo y rara vez posible en la adolescencia temprana, es el de la psicoterapia psicoanalítica, donde existe además de la transferencia, el análisis de las resistencias y de las neurosis infantil. Este es de utilidad en los casos de adolescentes bien motivados y que han superado el período crítico de la depresión y que tienen una buena capacidad intelectual, además de sensibilidad.

El tratamiento de un adolescente deprimido debe ubicarlo en el ámbito que implica su propio desarrollo, en congruencia con sus relaciones familiares y dentro del grupo al que pertenece. Es por ello que Escotto Morett (1984) recomienda que cuando se elija como método de tratamiento la psicoterapia individual, debe recordarse que el adolescente necesita del grupo al que pertenece, esto es, de otro adolescentes semejantes a él, por lo que son importantes los grupos de apoyos. Con estos grupos, se regulariza el exceso o falta de socialización tan característico de la depresión y tan común en la adolescencia. Con estos dos métodos mencionados, se puede manejar con mayor facilidad, tanto los aspectos individuales como los generales y el

adolescente consigue de esta forma un lugar en la vida que puede ubicar más objetivamente.

Referente a la modalidad terapéutica de grupo para la depresión en los adolescentes, Cárdenas Arroyo (1984) señala que las características recomendables de los grupos son: homogeneidad en cuanto a edad, debido a que hay diferencias de problemática y evaluación, por lo que se pueden distinguir tres grupos: los adolescentes tempranos (entre 12 y 13 años); los medios (entre 14 y 16) y los tardíos (entre 17 y 21),

En cuanto a sexo, el autor menciona que es conveniente que el grupo esté formado por miembros de ambos sexos, para que los pacientes puedan explotar y recopilar sus actitudes hacia la sexualidad.

Por lo que toca al padecimiento, la forma generalmente aceptada como la más útil, es la conclusión de pacientes con diferentes categorías diagnósticas, facilitando aún esto la advertencia, al recibir información proveniente de otra posición terapéutica o médica.

En lo que se refiere al enfoque teórico, hay dos grandes tipos de aproximación; el grupo como familia y el grupo como un todo (sistémico). Independientemente de cual se emplee, el grupo como una acción terapéutica permite la oportunidad al adolescente de verse con otros, de no sentirse extraño ni confundido, de recibir opiniones que pueda aceptar con mayor facilidad. El terapeuta en su papel conciliador, facilitador de comunicación y sobre todo no persecutorio, le permite un acercamiento al mundo del adulto, es por ello, que en términos generales, la psicoterapia de grupo puede ofrecérsele al adolescente siempre y cuando no esté en una crisis aguda de depresión, o bien se cronifique la misma, a menos que sea

un grupo específicamente diseñado para manejar este tipo de crisis pues podría resultar en algunos casos contraproducente y se perderían los beneficios potenciales en el trabajo grupal.

Cuando el caso de depresión en un adolescente rebasa los márgenes de funcionalidad, se debe considerar el uso de medicación antidepresiva, sobre todo, porque el riesgo de suicidio siempre está presente en algunas modalidades depresivas.

Por lo tanto, se concluye que es indispensable el trabajo conjunto de médicos, psicólogos y trabajadores sociales a nivel salud, así como el apoyo de sociólogos y maestros a nivel educacional y de formación para la promoción de apoyo del adolescente en las comunidades.

## **CONCLUSIONES**

## **CONCLUSIONES.**

Al abordar temas tan controversiales en cuanto a teoría como lo son la **ADOLESCENCIA** y **DEPRESIÓN**, es con el fin de hacer notoria la relevancia social que traen consigo. La adolescencia, por ser considerada la etapa de transición del desarrollo humano, y a la vez, insidiosa en los cambios fisiológicos aunados con modificaciones cognitivo-conductual, emocional-afectiva y de relación interpersonal para el individuo; y la depresión, por ser la patología más recurrente en la vida de todo *ENTE*.

En la revisión documental de ambos temas, se conceptúa a la depresión como una vivencia afectiva en los adolescentes que requiere de un elevado nivel de maduración cognitiva; cabe decir, que los estados de tristeza a la experiencia depresiva forman por tanto, un continuo con la depresión, pero no son sinónimo de la misma.

Al recapitular en el desarrollo del hombre; la privación del lactante, la inhibición del niño de uno a dos años, la tristeza ligada a causas externas en el niño de edad escolar, las limitadas expresiones depresivas del período de latencia y la desesperación del adolescente, exagerada pero sentida con intensidad, son más fáciles de comprender cuando se les enfoca desde la perspectiva del proceso de maduración integral, es decir, no sólo a nivel biológico, pues el individuo está en continua interacción con su medio ambiente. *EL SER HUMANO ES INDISOLUBLE, ÚNICO, INDIVIDUAL, Y EN INTERRELACION CON SU ENTORNO. ES UN ENTE BIOPSIOSOCIAL.*

Tras elaborar un análisis de los tipos de reacción depresiva en los adolescentes, las razones por las cuales se manifiesta y los elementos

estructurales básicos, conjuntamente con el desarrollo YO/CO desde una perspectiva psicodinámica que permite definir las causas y los tipos de experiencias disfóricas en la infancia, da por resultado la siguiente conclusión a juicio del investigador:

a) En la primera infancia, los síntomas de llanto y protestas son seguidos de un retraimiento, se puede deber a la pérdida de estímulos y seguridad de bienestar ofrecidas por la madre u objeto de amor. La depresión, por tanto, es producto de esa carencia de estímulos.

b) Cuando el niño se encuentra en edad escolar, la inhibición y aferramiento se debe a la desaprobación por parte de los progenitores, lo que provoca disforia por la incipiente gratificación del entorno.

c) La persona en edad escolar presenta síntomas como la tristeza, ésta es concebida como respuesta automática a una situación que no controla el individuo inmediata, por ende, la consecuencia del rechazo parental, pérdidas, abandonos y/o separaciones del objeto de amor o actividades gratificantes, manifiestan estados de tristeza, llanto discontinuo directamente ligado con situaciones de frustración o carencia.

d) El individuo en la pubertad, presenta síntomas de depresión, con disminución de autoestima y autoconcepto de sí mismo; son resultado de la incapacidad que el adolescente tiene para cumplir el ideal parental y de tolerar amenazas al vínculo de los padres. Entonces, la depresión es concomitante a las cogniciones en función del afecto derivado de evaluaciones de las situaciones y circunstancias que a mediano o largo plazos se le puedan presentar.

e) La adolescencia propiamente dicha conlleva a la incapacidad de cumplir el ideal parental internalizado y de separarse de la familia, por tanto los síntomas que se presentan son de depresión reactiva, o bien enmascarada, así como distorsiones del tiempo e impulsividad; lo cual, se acentúa la depresión por efecto de las distorsiones cognitivas acerca de la irrevocabilidad de hechos.

Por ende, se afirma que en la adolescencia los conflictos básicos que el psicoterapeuta debe tener presentes son los siguientes, además de concientizar a los padres, maestros, y personas relacionadas con los adolescentes de los mismos.

Se deben diferenciar entre los siguientes conflictos:

- 1.- Orgullo versus vergüenza por los cambios físicos y hormonales.
  - a) incertidumbre versus exuberancia por aparición de sus caracteres sexuales.
  
- 2.- Curiosidad por la sexualidad de los padres versus vergüenza y culpa.
  
- 3.- Acercamiento versus alejamiento del preadolescente de sus padres.
  - a) evitación versus aceptación del contacto interpersonal.
  
- 4.- Idealismo, optimismo contra oposición de la sociedad y de los padres.
  - a) La fusión emocional con la familia versus la identidad y la autonomía.
  - b) Identidad propia versus la pertenencia o perpetuidad de la figura parental introyectada.

5.- Translación del objeto sexual incestuoso a través de la simbolización versus discriminación del objeto sexual.

a) se deben canalizar las necesidades edípicas dentro de la familia contra la formación de vínculos externos.

6.- Dependencia económica de la familia de origen versus inserción creativa en el campo productivo.

a) actitudes regresivas en la ocupación de los diferentes roles adultos versus ocupación adulta de ellos.

b) confusión de los roles de adulto versus su discriminación respecto a la experiencia de los padres.

7.- Distanciamiento culpígeno de la familia de origen contra la reelaboración de vínculos afectivos hacia los padres.

a) rechazo y separación de la familia por parte del hijo versus redefinición del rol y de la distancia respecto a la familia.

b) Elaboración de la separación del núcleo familiar de origen versus no elaboración de la separación.

c) sustitución de vínculos anteriores y búsqueda de otros nuevos gratificantes contra el aislamiento y privación de afecto.

8.- Sustitución indiscriminada de las figuras parentales a través del compañero (a) de pareja elegido (a) versus vinculación adulta.

a) vergüenza y culpa versus autoafirmación del rol sexual en la pareja.

b) mantenimiento en el aislamiento versus vinculación con un compañero de pareja.

c) restricción en la satisfacción de las necesidades versus vinculación creativa y gratificante.

d) aceptación de los cambios en la cercanía del compañero de pareja, aceptación de la separatividad versus vinculación posesiva o apego ansioso.

Con esto se pretende dar luz al camino terapéutico para la discriminación de conflictos básicos que son causa y situación concomitante al episodio depresivo.

Por lo tanto, se sugiere un enfoque terapéutico integral, principalmente por sociodramas, dinámicas grupales y entrenamientos asertivos tanto para la familia como para el individuo adolescente.

Los alcances de la investigación es el situar a la adolescencia como período del desarrollo susceptible para la manifestación y sufrimiento de una depresión, lo que alerta para la prevención del síndrome en edades posteriores y evitar así, un alto costo humano-social y económico a la comunidad y al orbe mismo.

Las limitantes de la misma es de no poder verter datos clínico-matemático-estadísticos de la epidemiología depresiva en esta etapa del desarrollo y no llevar por ende una investigación de campo aplicada.

Se pretende, por lo tanto, seguir en esta línea de investigación. Se espera se promueva en este tema el seguir investigando y realizar una labor multi e interdisciplinaria con carreras afines y preocupadas por el mejoramiento del estilo de vida de las sociedades, pues los jóvenes son el futuro de todas las naciones del mundo.

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. La Adolescencia Normal, Un Enfoque Psicoanalítico. Ed. Paidós. México. 1987.

ARIETI, S.; BEMPORAD, J. Psicoterapia de la Depresión. Ed. Paidós. México. 1990.

AVILES COBIAN, G.; Depresión en la Infancia y adaptación al Medio Escolar Familiar y Social. Tesis de Licenciatura, Facultad de psicología. U.N.A.M. México, 1989.

AYUSO, J.L.; SAIZ, J. Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Ed. Interamericana. España. 1973.

BLOSS, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. Joaquín Mortiz editores México. 1971.

BECKER A. Tipología de la Adolescencia. Villa Gran editores, Mexico D.F. 1964.

CAMACHO VALLADARES, M. El adolescente y la sexualidad, desarrollo patológico y normal. (material del curso): Dirección General de Orientación vocacional de la UNAM; Mexico, 1991.

CANTAWELL, D.P.; CARLSON G.A. Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia. Ed. Martínez Roca. España. 1987.

- ..."La depresión en la infancia: cuadro clínico y criterios diagnósticos". Cantawell, D.
- ..."El trastorno afectivo infantil y los problemas escolares". Weinberg y Rehment, A.
- ..."El rechazo escolar: ¿un equivalente depresivo?. Tisher M.
- ..."Enfoques conductuales en el tratamiento de los niños deprimidos". Petti, A.F.
- ..."Terapia cognitiva en niños y adolescentes deprimidos". Emery, G., Bredosian R., y Gorberd.(1987).
- ..."Clasificación de los trastornos afectivos". Cantawell, D. y Carlson, G.

CÁZARES. Técnicas actuales de investigación documental. Ed. Trillas; Mexico, 1992.

CONGER, D. Adolescencia: Generación presionada. Ed. Hamlet México. 1980.

CORBELLA, J. Enciclopedia práctica de psicología. T.I. Ed. Orbis ; Barcelona. 1985.

CORONADO MEDINA, S. y ROSALES SANCHEZ JF. Diferencias en el grado de adaptación entre adolescentes y preadolescentes. Tesis de Licenciatura de la facultad de Psicología de la UNAM. México, 1990.

Cuestionario de depresión para niños CDS. Tisherny Lang. Adaptación al español: Nicolas Seis Dedos Cubero. Manual; TEA ed. Madrid, 1986.

CHAVEZ, K.G. Estudio Integral de la Depresión. Trabajo Inédito. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México. 1995.

DE LA FUENTE, R. Desórdenes de la Afectividad. La Depresión. Cuadernos de Psicología y Psiquiatría. Depto. de Facultad de Medicina. UNAM. México., 1988.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Ediciones Orbis. España. 1986.

ENGLISH, AB. y ENGLISH, AC. Diccionario de psicología y psicoanálisis. Ed. Paidós; Buenos Aires,. 1977.

ERICKSON. E. La crisis de la adolescencia. trillas editorial, Mexico 1965.

ERICKSON. E. Adolescencia y sociedad. trillas editorial. México 1986.

ESCOTTO MORETT, J. GUIZA CRUZ, V. MOROW TROICE, E. SALGADO ARTEAGA, G. SOUZA Y MACHORRO, M. CARDENAS ARROYO, J. ; La depresión en la adolescencia. Mesa redonda. Revista de la facultad de Medicina de la UNAM. Nº 26 (7) 222-275; Mexico, 1984.

ESQUIVEL ANCONA, F. Programa de atención. Coordinador de asesoría Psicopedagógica del colegio Agustín García Comde; Mexico, 1989.

FLAVELL, J.M. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. 2a. ed., Ed. --- Paidós. México. 1985.

FREUD, S. Duelo y Melancolía. Obras completas. Tomo XVI. Ed. --Amorrotu. 1980.

GARCIA CALDERAS, S. Los cambios biológicos y sus repercusiones. (ponencial), Escuela de padres III . Curso social y médico del Hospital General de México; México, 1989.

GONZALEZ NUÑEZ, J. Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes. Ed. Trillas. México, 1986.

HURLOCK, E.B. Desarrollo Psicológico del Niño. 4a. ed., Ed. Mc Graw Hill.

HURLOCK, E.B. Psicología de la Adolescencia. Edición Revisada. Ed. Paidós. México. 1987.

KAPLAN, J. Adolescencia. El adiós a la Infancia. Ed. Paidós. México-Argentina. 1986.

KOLB, C.L. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. La Prensa. Argentina. 1986.

LANG Y TISHER, M. Adaptación Española del Cuestionario de Depresión para Niños CDS. TEA ediciones. Madrid. 1986.

LEHALLE, H. Psicología de los Adolescentes. Colección Los Noventa Ed. Grijalbo. México, 1990.

MACIAS VALDEZ, G. Psicoterapia del Niño y Adolescente Deprimido. Revista de Salud Mental. Vol. 8, No. 5. Diciembre, 3-7, 1985.

MENDELS, J. La Depresión. Ed. Herder, Barcelona. 1977.

MAHLER MARGARET S. Simbiosis humana. México; J. Mortiz, 1966.

MAHLER MARGARET S. El nacimiento psicológico del infante humano.

Buenos Aires; Marman, 1967.

MUSS, R.E. Teorías de adolescencia. Ed. Paidós. Mexico; 1984.

PAPALIA, E.D.; WENDKOS OLDS, S. Desarrollo Humano. Ed. McGraw Hill.  
México. 1975.

PADUA, J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Ed.  
F.C. E. , Mexico, 1987.

RADCHICK HERCENBERG, A. Los aspectos principales del sentimiento de culpa en la depresión desde el punto de vista psicoanalítico. Tesina de Licenciatura, Universidad Iberoamericana. México. 1986.

TOOLAN, J.M. La Depresión en los Niños y los Adolescentes. Psicología Social de la Adolescencia. Caplán, G.; Levobici, S. Ed. Paidós. Argentina. 1978.