



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

¿TRISTEZA O DEPRESIÓN?
REPORTAJE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
CON ESPECIALIDAD EN PERIODISMO

P R E S E N T A

MARÍA DEL CARMEN ZÚÑIGA MEJÍA

ASESORA: DRA. LAURA ELVIRA HERNÁNDEZ CARBALLIDO

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D.F.

2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A Dios por darme el regalo de la vida y bendecir cada una de mis metas.

A mi hijo por su apoyo incondicional, su amor y comprensión.

A mi madre por su infinito amor.

AGRADECIMENTOS

A Dios por ser mi guía espiritual que me da la fortaleza e inteligencia para lograr cada una de mis metas y permitirme culminar mi carrera.

A mi Asesora Laura Elvira Hernández Carballido, le agradezco su infinita paciencia para dirigir este trabajo al brindarme la oportunidad de recurrir a su experiencia y conocimientos fundamentales para la concreción de mi tesis.

A mis sinodales por sus valiosas aportaciones, sugerencias y sus palabras de aliento.

A mi Universidad por enamorarme del conocimiento.

A mis profesores por ayudarme a forjarme como profesionalista.

A todas las personas que me compartieron sus vivencias, gracias por la confianza que me otorgaron.

A todos los expertos por sus aportes, interés, apoyo y disposición para la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I: HISTORIAS TRISTES	13
¿Tristeza o depresión?	18
Los rostros de la depresión	19
Entre la alegría y la tristeza	22
La epidemia silenciosa	26
CAPÍTULO II: NI NIÑO, NI ADULTO	40
El camino hacia la adultez	42
¿Quién soy yo?	48
Adolescencia normal	50
CAPÍTULO III: ¡MI FAMILIA NO ME ENTIENDE!	58
Los hijos aprenden...lo que ven	61
La importancia de la comunicación en la familia	67
¿Quién tiene la razón?	71
Música, antros...¿Y qué más?	73
Si no estudio... es porque me aburro	77

CAPÍTULO IV: RAZONES DEPRESIVAS	81
¿Por qué se deprime más la mujer?	93
El saldo de la tristeza	95
Una salida falsa...	96
La vida no vale nada	109
CAPÍTULO V: LA SALIDA DEL TÚNEL	117
Tratamiento farmacológico	118
Cambiando mi forma de pensar	122
Mejorando mis relaciones interpersonales	123
Ahora sé... que no estoy solo	124
La importancia de la familia en la recuperación	125
¿Quién me puede ayudar?	127
Inteligencia Emocional para prevenir la depresión	129
CONCLUSIONES	149
BIBLIOGRAFÍA	158
ANEXOS	169

INTRODUCCIÓN

La función del periodismo es informar e interpretar la realidad del complejo mundo en el que vive la sociedad. Funge como una guía orientadora ante los diversos acontecimientos y hechos que suscitan su interés y que le afectan e influyen en su vida cotidiana.

Las formas de expresión del periodismo se manifiestan en los géneros periodísticos. A través de ellos, el público obtiene información, antecedentes, explicaciones e interpretaciones que le ayudan a comprender mejor el significado de los acontecimientos y hechos de índole: económico, social, cultural, tecnológico, científico, artístico, etcétera. Asimismo, moldean la opinión del público, lo entretienen e incluso educan al permitir el acceso a tópicos nuevos, extraordinarios y complejos escritos en un lenguaje ágil, sencillo, ameno, claro y directo.

De todos los géneros el reportaje es el género periodístico más completo como señala Julio del Río Reynaga, es “nota informativa ya que casi siempre tiene como antecedente una noticia,...Es una crónica porque con frecuencia asume esta forma para narrar los hechos. Es entrevista porque de ella se sirve el periodista para recoger las palabras de los testigos”.¹

Del Río resalta que se realiza una investigación real y social porque “su objeto de estudio es la realidad social con sus instituciones, grupos, comunidades, movimientos, patologías y las relaciones que establecen (conflictivas o no) de carácter político, económico, cultural, etcétera”.²

Por su parte, Federico Campbell define al reportaje como “...una indagación: una investigación sustentada en datos provenientes de la realidad, de uno o varios declarantes que se identifican civilmente (es decir, que dan su nombre) o de documentos”.³

Máximo Simpson, siguiendo a diversos autores, afirma que el reportaje profundo es un género informativo e interpretativo. Una investigación exhaustiva de “los

¹ Julio del Río Reynaga, *Periodismo interpretativo: El reportaje*, México, Trillas, 1994, 1ra. edición, p. 9.

² Julio del Río Reynaga, *Teoría y práctica de los géneros periodísticos informativos*, México, Diana, 1992, 2ª. edición, p. 52.

³ Federico Campbell, *Periodismo escrito*, México, Ariel, 1995, Colección: Ariel-comunicación, 1ra. edición, p. 54.

acontecimientos que se producen en una situación social,”⁴ que brinda antecedentes, compara, analiza, interpreta, presenta las consecuencias y determina conclusiones de “los hechos particulares en su interrelación con el contexto y con la coyuntura social y política en que... se producen”.⁵ Para este autor el reportaje profundo es una:

narración informativa en la cual la anécdota, la noticia, la crónica, la entrevista o la biografía están interrelacionadas con los factores estructurales, lo que permite explicar y conferir significación a situaciones y acontecimientos; constituye, por ello, la investigación de un tema de interés social en el que, con estructura y estilo periodístico, se proporcionan antecedentes y consecuencias, sobre la base de una hipótesis de trabajo y de un marco de referencia previamente establecido.⁶

Por lo anterior, el presente trabajo se desarrolló con la estructura y cuerpo de un reportaje, además este género nos ayuda a abordar fenómenos sociales de tal manera que con sus métodos y técnicas se realizó una investigación exhaustiva que nos permite explicar, analizar e interpretar los acontecimientos y establecer sus consecuencias.

Para ahondar en el tema de depresión en la adolescencia se hizo una investigación amplia y se aplicaron los siguientes métodos de investigación:

- 1) Investigación documental: Recopilación de información en libros, revistas especializadas, documentos, tesis y páginas de internet.
- 2) Investigación de campo (investigación de la realidad mediante la observación y la interrogación): Se realizaron entrevistas a adolescentes, entre 15 a 18 años de edad, pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, durante los meses de agosto a octubre del 2010. Su nivel socioeconómico varía entre la clase más baja a clase media. Asimismo, se realizaron entrevistas a las madres de los chicos y a expertos en el tema: psicólogos y psiquiatras.

Retomando el tema del reportaje diremos que de todos los atributos que posee éste, nos brinda la oportunidad de “ofrecer soluciones a problemas sociales”⁷ como afirma Julio del Río Reynaga, por este motivo, uno de los retos principales del presente trabajo, es ofrecer información sobre las alternativas actuales para prevenir, detectar y

⁴ Máximo Simpson, *op. cit.*, p. 147.

⁵ *Idem.*

⁶ *Idem.*

⁷ Julio del Río Reynaga, *op. cit.*, p. 16.

superar el trastorno de la depresión y que, muchas veces, se presenta enmascarado por los cambios físicos, psicológicos y sociales propios del desarrollo de la adolescencia.

El reportaje responde a seis preguntas básicas: qué, quién, cómo, dónde, cuándo, por qué y para qué. Las dos últimas interrogantes constituyen el objetivo del género, es decir, dan “la explicación (casual y finalista) de los hechos”.⁸

Al responder el por qué y para qué, el reportaje da cuenta de los antecedentes y las consecuencias que explican y analizan con profundidad la problemática de la depresión en la adolescencia hasta la esencia misma de los hechos, y de esta forma poder entender el fenómeno y orientar e informar a padres de familia, trabajadoras sociales, profesores y a la comunidad en general interesados en el tema, así se pretende cumplir con otro de los objetivos del género: la información.

En este sentido, la información constituye una de las bases principales que ayudan al individuo al reconocimiento e identificación del problema; ayuda a tomar acciones para prevenirlo, tratarlo y eliminarlo así como tomar decisiones, formar conceptos y valores que le permitan acceder a una vida más digna.

Por otro lado, el reportaje tiene como eje conductor el elemento humano que involucra emocionalmente al lector debido a que los conceptos, definiciones y estadísticas emanados de la investigación se manifiestan en el relato de las historias de jóvenes que sufren este trastorno, fieles reflejos de una parte de la realidad social que permiten que el público se identifique, asuma una postura y tome conciencia sobre este problema de gran interés actual y que afecta a la sociedad en su conjunto.

Mi interés por este tema radica en que el ser humano siempre ha buscado cubrir sus necesidades básicas como: comer, vestir, dormir, seguridad, amor y tener una salud no sólo física sino mental que le permita tener una mejor calidad de vida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁹

⁸ Máximo Simpson, *op. cit.*, p. 146.

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Salud Mental: un estado de bienestar*, [en línea], Ginebra, Suiza, 3 de septiembre de 2007, Dirección URL: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html, [Consulta: 9 de octubre de 2009].

En este mismo orden de ideas, la depresión es considerada uno de los problemas de salud pública que más sufre el ser humano debido a que influye en su estado de ánimo hasta el grado de afectar todas las áreas de su vida incrementando la posibilidad de adquirir otras alteraciones psiquiátricas y/o conductas problemáticas.

La depresión es un estado emocional de tristeza y desesperanza. La persona que la padece pierde el interés, la motivación, y la alegría por la vida. Se siente fatigada en extremo; tiene dificultad para concentrarse y tomar decisiones; experimenta sentimientos de inutilidad y culpa. El individuo presenta trastornos del sueño y apetito; pérdida de la autoestima y seguridad en sí mismo; estado de ansiedad, estrés e irritabilidad. En casos graves, tienen pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Estos factores hacen que la persona deje de ser funcional y viva infeliz.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2030, la depresión será la enfermedad que más sufrirán los seres humanos superando al cáncer y los trastornos cardiovasculares. Además, constituirá el mayor problema de salud que afectará económica y socialmente al mundo. Actualmente, más de 450 millones de personas padecen algún trastorno o discapacidad mental.

El trastorno de la depresión no es nuevo, según el doctor César Soutullo Esperón, especialista en psiquiatría infantil y adolescente en el Children's Hospital Medical Center, de la Universidad de Cincinnati, Ohio, EE.UU., antiguamente se creía que los niños no sufrían depresión porque aún no terminaban de desarrollar su personalidad y se culpaba a los padres por los problemas de sus hijos. Es hasta 1975 que se reconoce que este trastorno también afecta a los niños.

Es importante destacar que la depresión afecta el desarrollo integral del adolescente, su rendimiento escolar y sus relaciones familiares e interpersonales. Además, diversos estudios en niños y adolescentes con depresión alertan sobre un riesgo de que esta población sufra episodios depresivos recurrentes relacionados con suicidios y otras conductas autodestructivas.

Por si eso fuera poco, la depresión se relaciona con problemas como: consumo de alcohol y drogas, delincuencia, violencia y diversos trastornos mentales. En casos graves puede llevar al individuo al suicidio, considerado como una de "las tres primeras causas

mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años...las tasas de suicidio entre los jóvenes han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo”.¹⁰

En este contexto, la depresión genera un grave coste personal y social, por lo que es necesario, prevenir, detectar y tratar a los adolescentes que sufren este trastorno para evitar que el problema origine otro tipo de efectos negativos que no sólo afectan al individuo sino a la sociedad en su conjunto. Sin embargo, la depresión en esta etapa de la vida, frecuentemente no es detectada debido a que el adolescente puede presentar un cuadro clínico complejo de diagnosticar porque durante la adolescencia sufre diversos cambios y procesos de maduración que se manifiestan en su comportamiento y con fluctuaciones en su estado de ánimo.

Por otra parte, la familia, los amigos, el entorno escolar y la sociedad desempeñan un papel fundamental en la formación y desarrollo del adolescente debido a que pueden brindarle diversos factores protectores para evitar que sufra un estado depresivo, pero al mismo tiempo contienen en sus contextos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que padezca este trastorno. Por lo tanto, es importante resaltar las funciones que tienen cada una de estas instituciones y su influencia en el desarrollo integral del adolescente.

Asimismo, es necesario informar a la población sobre los servicios que brindan los Centros Comunitarios de Salud Mental y otras instituciones que atienden a jóvenes con este tipo de trastorno para que en caso necesario acudan a recibir orientación, apoyo y servicio profesional especializado, por tal motivo se resalta la asistencia que prestan dichos centros.

En otro orden de ideas, diremos que en esta tesis, que consta de cinco capítulos, se narran las historias de algunos adolescentes que padecen depresión, tratando de ubicar las causas y las consecuencias que les han generado el trastorno hasta llegar al momento en que buscaron ayuda especializada para tratar su padecimiento.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte en jóvenes, dice la OMS”, [en línea], Washington, Estados Unidos, Centro de Noticias de la Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 14 de septiembre de 2009, Dirección URL: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18130&SE=SN>, [Consulta: 15 de octubre de 2009].

En este sentido, el presente documento se encuentra organizado de la siguiente manera: en el primer capítulo se explica qué es la depresión. Se expone, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) que estableció la Asociación Americana de Psiquiatría, su clasificación, sus síntomas característicos y duración de cada tipo. Se destaca que los adolescentes depresivos, en su gran mayoría, presentan otros trastornos psiquiátricos comórbidos como: distimia, consumo de sustancias, trastornos disociales, trastorno por déficit de atención (TDAH), bulimia y anorexia nerviosa, trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, fobia social y fobia específica).

En el capítulo segundo titulado “Ni niño, ni adulto...” Se explica las diferentes etapas del proceso de la adolescencia y los cambios característicos que sufren los adolescentes a nivel físico, psicológico y social. Se hace hincapié del porqué en esta etapa experimentan sentimientos de tristeza, ansiedad, desconfianza, irritabilidad y rebeldía para poder diferenciar estos cambios normales de los psicopatológicos.

En el contenido del capítulo tercero se describe la importancia de las funciones de la familia, la comunicación familiar y los estilos educativos que tienen los padres de educar a sus hijos los cuales influyen decisivamente en el desarrollo y configuración de su personalidad. Asimismo, se destaca cómo el núcleo familiar, el entorno escolar y el grupo de amigos, a través del proceso de socialización, intervienen también en el bienestar emocional, crecimiento intelectual y competencia social, elementos que le ayudaran a conseguir su autonomía, identidad, valores y habilidades para la vida necesarias para lograr una madurez apropiada.

En el capítulo cuarto se explica los diversos factores de riesgo: genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociales, ambientales e individuales que interactúan entre sí y que hacen vulnerables a los adolescentes a padecer depresión. Se describen las consecuencias y los aspectos de su vida que se ven afectados cuando no se trata este trastorno como: el desarrollo personal; relaciones interpersonales y aprovechamiento escolar. Asimismo, se detallan las consecuencias más graves: el consumo de drogas y el suicidio.

Por último, en el apartado quinto se exponen los diferentes tipos de psicoterapia que se aplican en el tratamiento de la depresión así como el tipo de medicamento que se puede administrar a los niños y adolescentes. Se mencionan dos de las instituciones que brindan servicios especializados para la atención de los pacientes adolescentes: el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa y la Clínica de la Adolescencia, dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Doctor Ramón de la Fuente Muñiz”. Por otro lado, se aborda el tema de la Inteligencia Emocional como un factor protector para prevenir la depresión debido a que las investigaciones han demostrado que la IE alta reduce los estados emocionales negativos, ayuda a los adolescentes a mejorar su nivel de bienestar psicológico, a tener un desarrollo positivo, un mayor éxito académico, satisfacción personal, contribuye a mantener relaciones sociales de calidad, además se ocupa de las mismas habilidades que se trabajan en las psicoterapias dirigidas al tratamiento del trastorno.

Me siento vacío, no tengo ganas de levantarme.

Estoy muy enojado. ¡Ayúdenme!

Todo lo que vivimos fue en vano.

Necesito ayuda para resolver mis problemas.

Tengo muchos miedos...

Tengo que contar del uno al diez mil para dormir.

Estoy muy cansado...

¡Me enojé con mi mamá! Le grité y le dije groserías de las que me arrepiento.

A veces pienso que... no vale la pena vivir.

Yo no sé cuánto tiempo voy a soportar este tormento que me hace sufrir porque sin tu voz, ni tu sonrisa... ¡No vale la pena vivir!

Cuando te miro soy feliz, pero al mismo tiempo... triste.

¡Nadie me quiere!

¡Soy una inútil!

Me siento como... niña, ¡No puedo defenderme!¹¹

¹¹ Héctor Rodríguez Juárez, "La depresión en la adolescencia", *Frases expresadas de pacientes adolescentes al doctor Héctor Rodríguez Juárez en terapias y consultas*, ponencia presentada en el Curso Monográfico: "Psiquiatría del Hospital General, México, Hospital General de México, "Auditorio Dr. Abraham Ayala González" miércoles 14 de abril, 2010.

CAPÍTULO I

HISTORIAS TRISTES

*“Si el temor y el abatimiento persisten largo tiempo
ese estado se relaciona con la melancolía”.*
Aforismos 6, 23.

Rebelde, agresivo muchas veces estigmatizado y criticado por la sociedad. Solitario, confundido, impulsivo. Ha intentado perderse para siempre en su mundo de infelicidad, de miedo, de infortunio. Respira sin vivir, vive sin sentir. Sus pensamientos lo aniquilan, lo atormentan, lo envenenan. No encuentra un sentido para existir, para disfrutar, para soñar. Su vida debería de ser feliz, gozosa y placentera con un futuro prometedor, sin embargo, su corta existencia ha sido un angustioso infierno. Un túnel profundo, oscuro y sin sentido en donde no existe salida.

Rodrigo vive en ese mundo debido a que padece depresión mayor y abuso de sustancias. Alto, esbelta figura, cabello y ojos negros, cejas espesas que casi se juntan, la mirada fija en el piso, labios gruesos y resecos. Su rostro moreno expresa temor, angustia, tristeza. A sus dieciséis años la barba y el bigote comienzan a entreverse haciéndolo ver desaliñado. Vestido con pantalón de mezclilla, playera y sudadera negra con capucha que le sirve de blindaje para escabullirse del mundo que le aterriza, manos inquietas siempre en las bolsas de su sudadera y tenis grises desgastados como sus sueños e ilusiones:

¡Nadie me entiende! -expresa enojado-. Mi mamá me regaña porque no me baño y no me arreglo. Me siento angustiado y ansioso. A veces no quiero salir porque me siento muy cansado. Me da mucho sueño y siento que la cabeza me estalla. Me encierro en mi cuarto para olvidarme de todo. No me da hambre y si como me dan ganas de vomitar.

La depresión es un trastorno muy frecuente, tan antiguo y complejo como el mismo hombre. A través de la historia, diversas escuelas y autores han establecido teorías, denominaciones y clasificaciones de este trastorno. “El vocablo depresión proviene del latín *deprimere* que significa hundimiento o abatimiento”.¹²

¹² Francisco Alonso Fernández, *Claves de la depresión*, Madrid, Cooperación editorial, Serie: Ars Vivendi, 2001, 1ra. edición, España, 2001, p. 13.

En este sentido, Aldo Conti, en su libro *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*, afirma que la depresión se reconoce como enfermedad desde la Grecia y la Roma clásicas. Hipócrates (siglo IV a. de C.) la denominó melancolía. Los escritos hipocráticos se basaron en la “Teoría de los humores” para explicar el trastorno. Se reconocía que las enfermedades eran causadas por el desequilibrio de alguno de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, los cuales fluyen en el interior del cuerpo humano. Dicho desequilibrio se originaba cuando alguno de ellos se presentaba en exceso o se corrompía.

Por otra parte, los doctores David Shafer y Bruce D. Waslick, en su libro *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, resaltan que existen un gran número de casos con depresión que presentan comorbilidad¹³ con otros trastornos mentales:

Los estudios realizados con ambas muestras (poblacionales y clínicas) de jóvenes deprimidos muestran que los niños con trastornos del estado de ánimo habitualmente presentan una variedad de otros diagnósticos concomitantes, entre los que se incluyen trastornos de ansiedad o dependencia de sustancias, trastornos del comportamiento alimentario, dificultades de aprendizaje, etc. Además, la comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo con problemas médicos no es extraña.¹⁴

Al mirarla nadie creería que sufre depresión. Su sonrisa inquieta y burlona se dibuja en su rostro redondo y aterciopelado. Sus pispiretos ojos negros se convierten en un antifaz que disimula perfectamente la tristeza que la oprime y la hace sentir infeliz.

Alejandra tiene 18 años. Estatura media y delgada. Vestida con una blusa verde y sudadera beige con rayas cafés, pantalón de mezclilla del mismo tono y sandalias negras. Su cabello lacio y negro cae con insistencia en su frente, sus manos inquietas lo acomodan a cada instante con coquetería pero por momentos cuando recuerda sus problemas, sus encuentros y desencuentros con sus amores los deja caer como un telón al terminarse la obra. El brillo de sus ojos desaparece, mientras su rostro se cubre con lágrimas sin consuelo. En ocasiones prefiere dejar aflorar la alegría de su juventud

¹³ Comorbilidad: Coexistencia de dos o más trastornos.

¹⁴ David Shafer y Bruce D. Waslick, *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, Barcelona, Psiquiatría, Serie: Revisiones de psiquiatría: Ars Medica, 2003, pp. 9-10.

para demostrarle al mundo que nada la lastima, que nada le duele disfrazando su tristeza de rebeldía adolescente.

Sus frenos en los dientes no le impiden sonreír sutilmente cuando se acuerda de momentos felices, de sus amigos o de alguna travesura. Comenzó a tener problemas de conducta desde los ocho años. Su actitud rebelde y retadora le ocasionó muchos conflictos en la escuela y con su familia. Alejandra padece depresión (Distimia):

Cuando iba en la primaria me llevaban con una psicóloga porque iba muy mal en la escuela. Después, en la secundaria me llevaron con un psiquiatra, porque mi mamá decía que me estaba volviendo muy rebelde y despapayosa. Casi no dormía. Me sentía muy cansada. Cuando llegaba de la escuela me la pasaba acostada en la sala viendo la tele o me encerraba en mi cuarto. No me bañaba. No me arreglaba. Ni salía. Todo el día estaba llorando. Me sentía... muy sola.

El Director del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, doctor Héctor Rodríguez Juárez¹⁵ afirma que la depresión se puede confundir con los cambios de humor propios de la adolescencia debido a que los adolescentes pueden llorar o enojarse pero tienden más a ser más irritables, también pueden presentar los siguientes síntomas, durante dos semanas como mínimo, para su diagnóstico:

- *Estado de ánimo bajo.*
- *Tristeza persistente.*
- *Bajo rendimiento escolar.*
- *Aburrimiento y agotamiento.*
- *Aislamiento.*
- *Desesperanza.*
- *Perdida del interés en las actividades que le gustaban.*
- *Falta o disminución en la concentración.*
- *Se siente inútil y culpable.*
- *En los niños y adolescentes es más frecuente la irritabilidad o el enojo.*
- *Ideas de muerte o suicidas.*
- *Dificultad para tomar decisiones.*
- *Ansiedad.*

Por otro lado, el doctor Humberto Rico Díaz, director del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Zacatenco, médico cirujano con especialidad en psiquiatría y psicogeriatría, agrega¹⁶ que una persona depresiva se autoreprocha y suele ser indecisa. Pierde la confianza en sí misma y expresa frases como: “¡Qué tal si me equivocó! ¡Creo que lo hice mal!” El experto abunda, también puede tener pensamientos recurrentes de muerte o suicidio y puede manifestar pensamientos como:

¹⁵ Entrevista con Dr. Héctor Rodríguez Juárez, México, D.F., 31 de marzo de 2010.

¹⁶ Entrevista con Dr. Humberto Rico Díaz, México, D.F., 26 de noviembre de 2009.

“¡Mejor me hubiera muerto! ¡Me voy a matar!” Es frecuente que el sujeto emita este tipo de ideas suicidas a los demás e incluso exprese la forma en cómo piensan realizar el acto. El especialista resalta que entre otros síntomas el paciente puede sentirse muy agitado, nervioso e incluso puede llorar, además de presentar alteraciones del sueño y apetito.

Rafael tiene 15 años. Siente coraje y rabia. No sabe contra quién. Alguien tiene que pagar su infelicidad, su soledad, su tristeza. Pero, ¿cómo? En este mundo en dónde los hombres no lloran pero sí golpean, sí dañan, son muy fuertes y aguantan todo hasta ... la depresión.

Tez morena y brillante. Ojos negros, cejas escasas y labios gruesos. Delgado altura media. Cabello negro y lacio en casquete corto. Viste playera gris sin mangas, pantalón escolar y zapatos negros. Ansioso y desconfiado. Sus manos y pies están en constante movimiento en compás con su mirada agitada y temerosa como si quisiera escapar de ese cuarto dónde no se puede encerrar, ni llorar a solas, mucho menos gritar o por lo menos olvidarse que del otro lado están sus padres discutiendo como siempre o sus hermanos viendo lo que a él le ha hecho tanto daño. Rafael padece depresión mayor y trastorno oposicionista y desafiante:

No iba a la escuela y cuando asistía no entraba a las clases. Les pegaba a los maestros, les contestaba y los ofendía. A todo mundo le quería pegar. Me desesperaban los gritos y el relajo que hacían mis compañeros de la escuela. Me transformaba; me ponía de malas; sentía mucho coraje no sabía si con mi papá, con mi mamá o hacia todos. Me quería desquitar con alguien. A cualquier chamaco le comenzaba a pegar, lo dejaba cuando sacaba mi coraje. ¡Me volví un desastre!

El doctor Héctor Rodríguez, especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia, destaca que los niños y adolescentes que tienen depresión también pueden presentar problemas de conducta:

El niño puede decir: “me aburro”, éste puede ser un signo importante de un trastorno depresivo. El niño muchas veces presenta actitudes regresivas como orinarse. El adolescente se aísla, puede ser rebelde y tener trastornos del sueño o de alimentación. Este tipo de conductas se pueden confundir con un berrinche. También, el niño travieso o pasivo y callado puede estar deprimido.

Jorge tiene 16 años. Alto y robusto. Tez blanca, ojos cafés. Su gorra blanca deja entrever su cabello negro y lacio. La visera de su gorra disimula su mirada perdida y triste. Vestido con sudadera gris estampada con un chico sentado en el piso cabizbajo

mirando al piso. Ocultando su rostro con una gorra. Con inmensas alas de ángel que parece que lo abrigan. Parece una parodia de él mismo.

Jorge todas las noches lucha incesantemente contra monstruos, guerreros y espadachines hasta quedarse sin energía, siempre los aniquila. Sí...siempre gana sus video-juegos favoritos. Pero existe un demonio que no ha podido destruir. Un monstruo que le ha desgarrado el alma una y otra vez. Vive dentro de su ser y lo destruye lentamente. Lo ha hecho enojar, llorar y sufrir... Jorge padece depresión (Distimia, Trastorno por Déficit de Atención –TDAH- y consumo de sustancias):

No comía, casi no dormía. Baje casi 15 kilos. No me daban ganas de nada. Lloraba y me encerraba en mi cuarto para que nadie se diera cuenta. Tenía mucha ansiedad por eso me la amanecía jugando video-juegos sólo así me calmaba un poco. Me enojaba mucho por todo. (Sus manos inquietas juguetean sobre sus rodillas que mueve incesantemente mientras mira a su alrededor impacientemente).

Actualmente, más de 450 millones de personas padecen algún trastorno o discapacidad mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2030, la depresión será la enfermedad que más sufrirán las personas superando a enfermedades como el cáncer y los trastornos cardiovasculares. Incluso constituirá el mayor problema de salud que afectará económica y socialmente al mundo.

Inquieta, corre, se sienta, se levanta. Parece que no escucha cuando se le habla y se distrae con facilidad. Alta y delgada. Cabello negro corto y lacio. Tez morena, rostro redondo ojos perdidos y tristes. Tímida y retraída. Labios delgados que dibujan una sonrisa muy sutil. Laura tiene 15 años y tiene depresión (Distimia y Trastorno por Déficit de Atención –TDAH-):

Me cuesta trabajo aprender lo que me enseñan en la escuela. Casi no tengo amigos. Mis compañeros en la primaria me robaban mis útiles y mi dinero. Me sentía triste y sola.

Gloria, madre de Laura, comenta que su hija siempre fue muy tímida. Los abusos constantes que sufrió tanto de compañeros y de su propia familia afectaron más la autoestima de su hija: “*Sus primas abusaban mucho de ella. Le pedían sus cosas y ella se las daba porque quería que jugaran con ella*”.

¿Tristeza o depresión?

Pero, ¿Cuál es la diferencia entre la tristeza normal y la depresión? En ese sentido, el ex secretario Técnico de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud, doctor Héctor Rodríguez afirma que la tristeza y la depresión son estados de ánimo que se diferencian en que el primero es pasajero y el segundo es más profundo e intenso, además de afectar todas las áreas de la vida del adolescente:

La tristeza todos la podemos sentir sin ninguna preocupación o problema. Podemos estar tristes por cualquier cosa: porque no ganó mi equipo favorito; porque no salió premiado el billete de lotería que compré; porque no salió el sol; o simplemente porque me acordé de una novia de la que me separé hace muchos años. Todos podemos estar tristes, segundos, minutos, horas inclusive, pero eso no quiere decir que sea depresión.

Los adolescentes entrevistados nos dicen si la depresión los hace sentirse tristes o irritables:

Rodrigo: *Sí he llorado pero a escondidas. Siento más coraje que tristeza.*

Alejandra: *Lloro mucho...me siento muy triste, pero también me enoja.*

Jorge: *Me sentía mal, enojado, frustrado y con ansiedad.*

Rafael: *Me enoja mucho y me siento ansioso. No lloré...¡Eso es de viejas!*

Laura: *A veces me siento enojada otras triste.*

La doctora Patricia Zavaleta Ramírez, psiquiatría infantil y de la adolescencia adscrita a la Clínica de la Adolescencia dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF), explica¹⁷ que la tristeza es una emoción y se manifiesta como una reacción normal ante una situación externa dolorosa que sufre el adolescente como: la separación de los padres; la ruptura de una relación de noviazgo; la muerte de alguna mascota; etcétera, sin embargo, este estado de aflicción es temporal. “El chico va a la escuela sigue haciendo las actividades que le gustan, cuando se acuerda de su ex novia o de la mascota que murió se entristece pero lo supera a diferencia de la depresión que es una enfermedad que debe reunir ciertos criterios diagnósticos”.

Por su parte, la doctora María Isabel Gama Lira, especialista en psicoterapia familiar y de pareja funcionaria del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM)

¹⁷ Entrevista con la Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, México, D.F., 8 de diciembre de 2010.

Iztapalapa, explica¹⁸ que la depresión “es una enfermedad patológica que se caracteriza por un estado continuo de desesperanza y síntomas que afectan la vida de la persona”. Agrega, la tristeza es un estado de ánimo transitorio del cual la persona se recupera rápido. El duelo es un estado de tristeza normal ante una pérdida, puede durar algunos meses y se vive en diferentes etapas pero al final la persona termina por aceptarlo.

Los rostros de la depresión

Actualmente, las clasificaciones que se utilizan para diagnosticar la depresión son: la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) que estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) que instauró la Asociación Americana de Psiquiatría. Entre ambas clasificaciones existen variaciones pero sin ser muy significativas.

El doctor Héctor Rodríguez, colaborador del Manual de elaboración de Guías Clínicas del Protocolo de Atención de los Trastornos Depresivos 2008, en el Hospital Dr. Juan N. Navarro, resalta que las clasificaciones de la depresión se establecen por especialistas que hacen un consenso para determinar los síntomas y duración de cada tipo de trastorno: “Las clasificaciones son guías o apoyos para determinar algunos criterios y poder diagnosticar las enfermedades. También, sirven como base para realizar investigaciones”, puntualiza.

Para efectos de este trabajo nos guiaremos por la clasificación que establece el DSM-IV-TR debido a que se observó que es la más utilizada por los especialistas y constituye la base principal de una extensa gama de investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con las enfermedades mentales.

Por otro lado, la psiquiatra Patricia Zavaleta Ramírez, con especialidad en adultos, explica que los trastornos del estado de ánimo se dividen en depresivos (unipolares) y bipolares. Los trastornos unipolares incluyen: la depresión mayor y la distimia.

¹⁸ Entrevista con la Dra. María Isabel Gama Lira, México, D.F., 3 de agosto de 2010.

Trastorno depresivo mayor. Es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Los síntomas se presentan la mayor parte del día, casi a diario, durante dos semanas. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores sin que se hayan manifestado episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

La doctora Patricia Zavaleta, psiquiatra infantil y de la adolescencia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), explica que la depresión mayor tiene dos síntomas claves: la primera característica es tristeza, sin embargo, en los adolescentes y los niños es frecuente que manifiesten irritabilidad en lugar de tristeza. La segunda característica es anhedonia que se define como la dificultad para experimentar placer en las actividades que al adolescente le gustaban y la refieren como una sensación de aburrimiento o flojera:

Si al adolescente le gustaba jugar futbol, video-juegos o ir al cine, de pronto pierde la capacidad de disfrutar esas actividades que antes si le animaban y le gustaban mucho. Hay un cambio en su estado de ánimo que se acompaña también por la dificultad para experimentar placer. Tiene cambios de humor casi todo el día o al menos la mitad del tiempo está irritable. Se levanta enojado y de mal humor, está peleando con todo el mundo, nada le gusta y todo le aburre.

La especialista señala que el adulto presenta tristeza, anhedonia y al menos otros cuatro síntomas más. Recalca que para los niños es difícil definir tristeza y pueden manifestar la enfermedad con quejas somáticas: dolor de cabeza, dolor de piernas, dolor de estómago, etcétera y cuando los llevan al doctor no encuentran una causa médica.

La depresión de Rodrigo se agravó aún más al grado de manifestar síntomas físicos. Su madre lo llevó al médico, quien le diagnosticó colitis y gastritis, incluso le mandó a realizar estudios de laboratorio para confirmar la anemia y parásitos que el médico pensó que podrían estar afectando su salud. Los dolores eran reales y le provocaban un estado de ansiedad y angustia extrema:

Empecé a sentirme muy mal, hasta creí que Dios, si es que existía, me estaba castigando por no creer en él. Mi mamá me llevó con el doctor porque no comía bien, tenía náuseas, me dolía la cabeza y el estómago. Vomitaba lo poco que comía. Me daba diarrea, tenía agruras y acidez.

La doctora Patricia Zavaleta abunda sobre los síntomas que se manifiestan en el trastorno depresivo mayor, se presentan alteraciones en el sueño: insomnio o hipersomnia, es decir, “el chico duerme más de lo que suele dormir”. Se fatiga y tiene

dificultad en la atención y concentración: “empieza a tener bajas calificaciones y no hace la tarea porque se siente cansado”. Trastornos en su alimentación: “no tiene hambre y puede perder peso o le da más hambre y pueden subir de peso”. Enlentecimiento o agitación psicomotora: “El adolescente empieza a notarse enlentecido cuando hace sus actividades porque su nivel de energía baja y experimenta sentimientos de culpa.

La depresión mayor puede ser leve, moderada o grave, grave con o sin síntomas psicóticos.¹⁹ La experta resalta que en los casos más graves el adolescente puede tener pensamientos de muerte, ideación suicida, planes o intentos suicidas porque “su panorama lo ve negativo en relación al pasado, al presente y al futuro. Cuando no se trata la depresión el chico puede suicidarse porque piensa que es la única salida”, asevera la experta.

Según el DSM-IV-TR existe más probabilidades de alcoholismo “en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social) o de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con trastorno depresivo mayor”.²⁰

Trastorno distímico. La doctora Patricia Zavaleta explica que es una depresión crónica de baja intensidad pero de menor gravedad. “En niños y adolescentes debe durar al menos un año y en adultos dos años”. Agrega, el adolescente presenta irritabilidad más que tristeza o está desanimado más otros dos síntomas de los anteriormente descritos en la depresión mayor. El individuo tiene baja autoestima que lo hace sentir inútil, es pesimista y autocrítico. Sus habilidades sociales suelen ser insuficientes. La doctora Zavaleta comenta que el chico no se percata que ha vivido deprimido y sobrelleva este estado de ánimo, hasta que acude a consulta en la entrevista médica se detecta una tristeza que ha prevalecido por muchos años:

Después de recibir tratamiento farmacológico el paciente puede notar cuál es la diferencia entre estar triste y estar bien. En este tipo de trastorno el chico quizá no tenga insomnio, puede estar triste, tener baja autoestima y dificultad para concentrarse en la escuela, lo que se refleja en bajas calificaciones. Va a la escuela, hace lo que tiene que hacer, tiene dos o tres amigos y disfruta algunas cosas.

¹⁹ Síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales.

²⁰ Juan José López-Ibor Aliño, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*, Barcelona, Masson, 2005, p. 417.

Según el DSM-IV-TR después de los dos primeros años al trastorno distímico se le pueden agregar episodios depresivos mayores a este padecimiento se le denomina **depresión doble**.

Es importante resaltar que estos tipos de depresión no se deben a efectos fisiológicos por el consumo de drogas, ni enfermedad o efectos secundarios de medicamentos. Algunos síntomas de la depresión son parecidos a los que se presentan en enfermedades médicas como: la fatiga en el cáncer y pérdida de peso en la diabetes que no se trataron.

Los adolescentes entrevistados nos cuentan que síntomas han manifestado a causa de la depresión:

Rodrigo: *Me siento muy cansado y sin energía. En la noche no puedo dormir y en la mañana no puedo levantarme. En la escuela me costaba mucho trabajo concentrarme y hacer tareas. Me siento ansioso y angustiado.*

Laura: *No dormía, ni comía. Despertaba asustada porque soñaba cosas feas. Cuando no tomé mi medicamento no duermo bien. Tengo problemas en la escuela porque no entiendo lo que me enseñan.*

Rafael: *Comía muy poco, casi no me daba hambre. A veces sólo un refresco y unas papas o galletas y leche. Me volví muy rebelde. En la escuela no ponía atención y me distraía mucho. Siento mucho enojo por eso le pegó al que se me ponga enfrente.*

Jorge: *Comía poco y baje mucho de peso. Sentía mucha ansiedad por eso me salía del salón y me ponía a jugar porque me sentía desesperado. No podía estar sentado y quieto en el salón. Hubo momentos en que me daban ganas de llorar hasta porque escuchaba una canción muy sentimental. Después me volví muy enojón, todo me molestaba.*

Alejandra: *Me encierro en mi cuarto. Duermo mucho y lloro por todo. Siempre he estado sola. No me dan ganas de nada... ni de bañarme.*

Entre la alegría y la tristeza

El doctor César Soutollo, psiquiatra infantil y de la adolescencia, en su libro *Depresión en niños y adolescentes*, asegura que la depresión en niños se reconoce hasta 1975 en una conferencia sobre depresión infantil en Washington (EE.UU.). Asimismo, se creía que los niños no podían padecer manía, aunque Emil Kraepelin en 1932 ya había descrito este trastorno en niños.

En otro orden de ideas, los trastornos bipolares incluyen: Trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico. Para comprender mejor cada tipo es preciso

entender los episodios que se manifiestan en éstos y se describen a continuación de acuerdo al doctor Soutullo:

Manía. El paciente tiene un periodo de humor elevado, expansivo o irritable con duración de una semana y se mantienen tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si solamente se tiene humor irritable):

- 1) *autoestima exagerada o ideas de grandiosidad,*
- 2) *menor necesidad de dormir,*
- 3) *más conversador de lo habitual o con presión para seguir hablando,*
- 4) *fuga de ideas o experiencia subjetiva de ideación muy acelerada,*
- 5) *distracción (la atención se desvía con facilidad por estímulos externos sin importancia),*
- 6) *incremento de la actividad intencional (social, laboral, escolar o sexual) o agitación psicomotriz, e*
- 7) *implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un potencial elevado de producir consecuencias penosas (compras excesivas, indiscreciones sexuales, negocios/inversiones ruinosas).²¹*

En este sentido, la investigadora en trastornos psiquiátricos en hijos (niños y adolescentes) de padres con trastorno bipolar, Patricia Zavaleta advierte que los síntomas de la manía son muy graves y hacen disfuncional al sujeto debido a que manifiesta episodios de euforia e irritabilidad excesiva y puede presentar síntomas psicóticos por lo que es necesario hospitalizarlo para proteger su vida y la de los demás:

El adolescente está tan eufórico que se mete en problemas por ejemplo: puede tomar la tarjeta de papá o mamá y gastarse todo el dinero. El apetito sexual se incrementa y acosa a las compañeritas de la escuela. A veces, no se manifiesta con euforia, sino con una irritabilidad extrema, se pelea con todo el mundo: si la gente lo ve en la calle los enfrenta física o verbalmente. Tiene ideas de grandiosidad irreales y puede creer que tiene poderes especiales o que está recibiendo mensajes de Dios o está trabajando con el Presidente o personalidades importantes.

La experta agrega que la autoestima exagerada y los sentimientos de grandiosidad se manifiestan cuando el chico: “siente que sabe más que el profesor o que tiene una cualidad especial y que puede ser un gran escritor o ganar el premio Nobel”. El chico reduce sus horas de sueño: “puede dormir tres o cuatro horas” y al siguiente día tiene mucha energía por eso realiza muchas actividades: “el adolescente que estaba triste que no quería participar, ahora está organizando un súper proyecto en la escuela, habla a la mitad de la clase, interrumpe al maestro”, puede hablar con gente

²¹ César Soutullo Esperón, *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*, España, Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), Serie: Salud, 1ra. edición, 2005, pp. 90-91.

desconocida o hablar por teléfono por varias horas a altas horas de la noche. Tiene muchos pensamientos muy acelerados que se refleja cuando habla de manera rápida.

David Shaffer y Bruce D. Waslick en su libro *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, mencionan que es difícil diagnosticar la manía y su comorbilidad debido a que sus síntomas característicos se presentan en otros trastornos psiquiátricos. Estos autores subrayan que los estudios hechos en Estados Unidos han revelado que los síntomas maníacos en adultos y en niños se asocian a depresión, trastorno negativista desafiante, ansiedad, trastorno por déficit de atención (TDAH), causas orgánicas y trastorno generalizado del desarrollo, entre otros.

Las investigaciones señalan que las personas bipolares pueden experimentar diferentes niveles de intensidad y severidad entre la manía y la depresión que incluyen períodos de ánimo normales. En ocasiones la manía no se presenta de una manera tan intensa como la descrita anteriormente, algunos individuos experimentan hipomanía.

Al respecto, la doctora Patricia Zavaleta explica que la hipomanía es un estado de manía de intensidad y duración menor: “Es menos severa que la manía y dura cuatro días”. No necesita hospitalización, ni manifiesta síntomas psicóticos, puntualiza.

Episodio mixto. Los expertos indican que es una combinación de manía y depresión que suceden al mismo tiempo. El paciente presenta un estado de ánimo disfórico, irritable y ansioso. Se siente estresado, nervioso tiene muchas ideas negativas. Puede requerir hospitalización. El cambio de un estado de ánimo a otro puede ocurrir cada cierto tiempo pueden ser días o meses e incluso pueden coincidir con las estaciones del año. Estos episodios no son causados por una enfermedad, consumo de drogas o medicamentos.

Tipos de enfermedad bipolar

Como hemos visto las personas que padecen este trastorno pueden experimentar estados de ánimo entre la manía y la depresión aunque también se presentan períodos de ánimo normales. Los tipos de trastorno bipolar se clasifican de acuerdo a la severidad e intensidad de los síntomas en:

Trastorno bipolar I. El paciente presenta uno o más episodios de manía o episodios mixtos así como uno o más episodios depresivos mayores. El doctor Brian P. Quinn explica, en su libro *Todo sobre la depresión: aprenda a controlarla*, que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, excesivo o irritable. Energía excesiva y menos necesidad de dormir. El sujeto se siente ansioso, impulsivo, irritable, agitado, agresivo y malhumorado. Tiene una autoestima exagerada, pensamientos acelerados, habla excesiva y rápidamente. Se distrae continuamente e incrementa su impulso sexual.

El doctor Héctor Rodríguez destaca que se han detectado pacientes que tienen episodios en ciclos rápidos, “inclusive de treinta, cuarenta o cincuenta minutos”.

Por otro lado, el consultor clínico y profesor asociado en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra, doctor Soutullo asegura que el origen de este tipo de trastorno es genético e inicia en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

Según el DSM-IV-TR el suicidio se produce en el 10-15% de las personas que tienen trastorno bipolar I. La ideación suicida y los intentos de suicidio se presentan con más frecuencia cuando la persona se encuentra en un estado depresivo o mixto. Algunos problemas asociados a este trastorno son: fracaso escolar y laboral, divorcio, comportamiento antisocial, violencia familiar y consumo de sustancias. Entre los trastornos mentales relacionados se encuentran: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia y fobia social.

Trastorno bipolar II. Se manifiesta con uno o más episodios depresivos mayores y por lo menos un episodio de hipomanía. La doctora Zavaleta explica que este trastorno no se detecta a tiempo porque son personas muy productivas, duermen poco, son muy creativas y tienen muchas ideas. Cuando están en la hipomanía disfrutan este estado: “Les gusta y les va muy bien en el trabajo mientras no lleguen a la psicosis o se gasten el dinero que no es suyo. Pueden leer libros o escribir por varias horas y no se cansan”. Sin embargo, los episodios depresivos les crean problemas porque no funcionan adecuadamente. En este período es cuando algunos deciden buscar tratamiento: “dejan ser creativos y productivos, no van a trabajar por muchos

días, faltan a sus compromisos porque se sienten sin energía y piensan que nada les sale bien”, concluye la experta.

Según el DSM-IV-TR el suicidio se presenta en el 10-15% de los individuos personas que padecen trastorno bipolar II. Entre los problemas vinculados a esta enfermedad se reconocen: el divorcio, el fracaso escolar y laboral. Los trastornos mentales que se asocian a este padecimiento son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso de sustancias, trastorno de angustia, fobia social y trastorno límite de la personalidad.

Trastorno ciclotímico. Según el DSM-IV “es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones”²² que incluye períodos de síntomas de hipomanía y fases de síntomas depresivos. Entre éstos debe de haber lapsos en los que no se manifiestan síntomas y cuya duración es menor a dos meses. En los adultos dura dos años, en niños y adolescentes un año.

Los trastornos bipolares pueden ser leves, moderados y graves, éste último con o sin síntomas psicóticos. No son causados por una enfermedad, consumo de droga o medicamento, ni duelo y puede requerir hospitalización dependiendo de la gravedad. Estos padecimientos afectan la vida social, laboral e individual de la persona.

La epidemia silenciosa

El doctor Soutullo afirma que en los años 1930 y debido a la influencia del psicoanálisis de Freud se pensaba que los niños no sufrían depresión porque aún no terminaban de desarrollar su personalidad.

En países como Estados Unidos, la depresión puede ocurrir hasta en uno de cada 33 niños y en uno de cada ocho adolescentes...Una vez que un niño o un adolescente tiene un episodio de depresión, tiene una probabilidad mayor de 50% de presentar otro episodio en los siguientes cinco años.²³

En la primer Cumbre Global de Salud Mental que se realizó en Atenas, Grecia en el 2009, el doctor Shekhar Saxena, del Departamento de Salud Mental de la OMS,

²² Juan José López-Ibor Aliño, *op. cit.*, p. 445.

²³ Keith Kramlinger, *Guía de la Clínica Mayo sobre la depresión*, México, Intersistemas, 2001, 1ra. edición, p.145.

declaró que la depresión es mucho más común que otras enfermedades como el VIH-Sida o cáncer por lo que denominó a este trastorno “la epidemia silenciosa porque a menudo pasa sin ser reconocida”.²⁴

Por otro lado, la psiquiatra Marcela Larraguibel Quiroz afirma, en el libro *Psiquiatría del adolescente*, que entre el 40% y 90% de los adolescentes depresivos presentan otros trastornos psiquiátricos como: distimia, trastornos ansiosos, consumo de sustancias, entre otros. La especialista indica que de acuerdo a algunos estudios epidemiológicos de distimia “el 70% de los jóvenes con distimia también presentan un trastorno depresivo (depresión doble)”.²⁵

En ese sentido, el DSM-IV indica que la depresión mayor en los adolescentes se asocia a diversos problemas psiquiátricos como: trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.²⁶

La coordinadora de la Clínica de la Adolescencia, dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), doctora Liz Sosa Mora asegura que la depresión se puede presentar pura, sin embargo, es frecuente que coexista con otro trastorno: “la comorbilidad es la regla más que la excepción en psiquiatría en niños y adolescentes”.²⁷

A continuación se explican los trastornos mentales que frecuentemente se presentan con la depresión:

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

En el curso *Principios de la enfermedad mental*²⁸, la doctora Silvia Ortiz León, profesora titular del curso de Especialización en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia en la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM, explicó que según el DSM-IV-TR éste trastorno debe aparecer antes de los siete años y se caracteriza por escasa atención, impulsividad (con o sin hiperactividad). El paciente presenta seis o más síntomas con

²⁴ BBC Mundo, “La depresión, una crisis global”, [en línea], Reino Unido, BBC Mundo, Sección: ciencia, 14 de septiembre de 2009, Dirección URL: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml, [Consulta: 17 de octubre de 2009].

²⁵ Mario Valdivia P., et al., *Psiquiatría del adolescente*, Mediterráneo Ltda., Chile, 2006, p. 145.

²⁶ Juan José López-Ibor Aliño, *op. cit.*, p. 396.

²⁷ Entrevista Dra. Liz Sosa Mora, México, D.F., 29 de noviembre de 2010.

²⁸ Silvia Ortiz León, “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), miércoles 3 de noviembre, 2010.

una duración mayor de seis meses e interfiere en el desarrollo psicosocial del niño, al menos en dos ambientes, provocando un deterioro cognitivo-social en el individuo. La especialista explicó los síntomas que se presentan en el TDAH:

Falta de atención

- *Cometen errores por descuido.*
- *Dificultad para mantener su atención en tareas o actividades recreativas.*
- *Parece que no escucha cuando se le habla.*
- *Dificultad para seguir instrucciones.*
- *Dificultad para organizar tareas.*
- *Evita actividades que requieran un esfuerzo mental.*
- *Pierde cosas.*
- *Se distrae con facilidad.*
- *Olvidadizo en actividades cotidianas.*

Hiperactividad

- *Movimiento excesivo de manos o pies en su asiento.*
- *Se levantan de su asiento constantemente y comienza a correr o saltar en situaciones inadecuadas.*
- *Habla excesivamente.*

Impulsividad

- *Precipita sus respuestas antes de que sea terminada la pregunta.*
- *No espera su turno.*
- *Interrumpe y se inmiscuye en las actividades de otros.*

La experta resaltó que los subtipos clínicos son tres: 1) Predominantemente inatento; 2) Predominante hiperactivo-impulsivo; 3) Combinado: Cumple criterios de inatención y de hiperactividad-impulsividad. Agregó que sus orígenes pueden ser: genético, neuroquímico, por lesiones del sistema nervioso central y factores ambientales.

Por otro lado, la doctora Patricia Zavaleta, en el curso *Principios de la enfermedad mental*,²⁹ aseguró que hay estudios que han reportado que los adolescentes con TDAH tienen cuatro veces más riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor que la población general que no lo presenta: “Existe una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 5% hasta 47% en muestras clínicas”.

La doctora Ortiz, miembro del Consejo Mexicano de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia subrayó que el TDAH tiene una comorbilidad frecuente que se presenta

²⁹ Patricia Zavaleta Ramírez, “Depresión”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), miércoles 3 de noviembre, 2010.

con: el trastorno oposicionista desafiante, trastornos anímicos, trastornos de ansiedad y trastornos de aprendizaje. La socia titular del Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio de TDAH, doctora Silvia Ortiz precisó que este padecimiento impacta el funcionamiento del individuo y afecta sus relaciones familiares y sociales, tiene limitaciones académicas, baja autoestima y puede tener lesiones de acuerdo a la etapa de desarrollo. Destacó que en los adolescentes se dan otro tipo de problemas como: abuso de sustancias, accidentes automovilísticos y problemas legales. La especialista abundó: “Hay un bajo rendimiento escolar en el 90% de estos niños”, esta situación se observa en los exámenes porque el estudiante omite detalles, no termina de leer instrucciones, falla en responder a las evaluaciones. Suele tener problemas de aprendizaje, lectura, matemáticas y escritura, resaltó la ex Jefe de la División de Enseñanza de Investigación y Capacitación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Trastorno negativista desafiante (TND)

En el curso *Principios de la enfermedad mental*³⁰ la doctora Liz Sosa, médico cirujano y partero por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN), explicó de acuerdo al DSM-IV-TR, el Trastorno Negativista Desafiante (TND): Es un patrón de conducta hostil, irritable, negativista y desafiante hacia figuras de autoridad como padres y maestros. Los síntomas duran por lo menos 6 meses. “Frecuentemente, estos jóvenes discuten, son irritables, vengativos, rencorosos, resentidos, se encolerizan fácilmente. Desafían a los adultos y no cumplen sus demandas. Molestan a otros intencionalmente, acusan a otras personas de sus errores o su mala conducta”. Los adolescentes que presentan este trastorno tienen una baja autoestima, poca tolerancia a la frustración, ánimo deprimido y pueden consumir drogas o alcohol. La especialista abundó, los factores de riesgo que propician este trastorno son: Conflictos familiares, psicopatología parental (trastorno de conducta, trastorno antisocial de la personalidad, abuso de alcohol y drogas), abandono del niño en la infancia, vulnerabilidad genética, abuso físico y emocional, bajo nivel socioeconómico y

³⁰ Liz Sosa Mora, “Conducta antisocial”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

marginación social. Se ha detectado que los padres son inmaduros, tienen una falta de experiencia en relación a la educación y adoptan modelos educativos coercitivos y violentos. Incluso –agregó- es frecuente que este trastorno se convierta a lo largo de la vida en un trastorno disocial. Este tipo de conducta les provoca a los pacientes problemas en la escuela, en la familia y en sus relaciones interpersonales, enfatizó.

Trastorno disocial (TD)

Es un patrón de conducta persistente y repetitivo de violación a los derechos de los demás, así como de las reglas y normas, que se esperan de acuerdo a su edad, en los últimos doce meses, explicó la doctora Sosa. Además, según el DSM-IV-TR el individuo que padece este trastorno comete actos como:

- *Agrede a personas (asalto, violación, amenazas y peleas).*
- *Daña a los animales.*
- *Destruye y/o provoca incendios en propiedad ajena intencionalmente.*
- *Comete fraude o robo.*
- *Viola las normas (antes de los 13 años se va de pinta o está fuera del hogar sin permiso).*

Asimismo, la doctora Sosa subrayó que en algunos estudios se ha demostrado que los chicos que sufren este trastorno tienen “una insensibilidad a los castigos o estímulos estresantes”. Destacó que hay estudios que han mostrado que en las niñas la conducta disocial “no es tan confrontativa y está oculta: hacen chismes, inventan cosas, manipulan, mienten, se fugan de la casa y pueden prostituirse”.

Según Gómez Castro C., y colaboradores, en el manual: *¿Qué son los trastornos externalizados o de conducta?* los factores que favorecen el desarrollo de este trastorno son:

Factores familiares

- *La educación dura y punitiva caracterizada por grave agresión física o verbal, está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos mal adaptativos.*
- *Patrones de disciplina incorrectos, pueden variar desde severidad extrema y estricta, hasta la incongruencia o relativa falta de supervisión y control.*
- *Condiciones caóticas en el hogar.*
- *El divorcio, donde exista una hostilidad persistente; sobre todo si hay resentimiento y amargura entre los padres.*
- *El abuso o maltrato infantil y negligencia.*
- *Alcoholismo y abuso de sustancias.*
- *Trastornos psiquiátricos.³¹*

³¹ C. Gómez Castro, et al., *¿Qué son los trastornos externalizados o de conducta?*, Tomo IV, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Clínica de Adolescentes, 2006, p. 29.

Además, mencionan que otros factores que lo pueden propiciar son: Marginación, pobreza, desempleo, falta de apoyo de amigos y familiares. La crianza negligente y el abandono. Este trastorno impacta el funcionamiento social, escolar y familiar del individuo.

Trastornos de la conducta alimentaria

Bulimia nerviosa

El subdirector de consulta externa de la Clínica de la Adolescencia dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), doctor Alejandro Caballero Romo destacó, en el curso *Principios de la Enfermedad Mental*³², que el inicio de este padecimiento se presenta en la adolescencia tardía o adultez temprana. Explicó que este trastorno se caracteriza por los atracones continuos que tiene un paciente. Un atracón es la ingesta excesiva de alimentos que hace un individuo de forma rápida y voraz. Hay personas que tienen atracones en 10 o 15 minutos:

La paciente tiene la sensación de pérdida de control: se siente realmente asustada con lo que tiene enfrente y lo que está haciendo. Una parte de su mente puede decirle: “¿Qué estás haciendo?! ¡Vas a subir de peso! ¡Vas a engordar!” y la otra parte le dice: “¡Ya no me puedo detener!”

Según el DSM-IV-TR los atracones y las conductas compensatorias se deben presentar al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

Por su parte, el doctor Caballero subrayó que se le denomina de tipo purgativo cuando vomitan o abusan de laxantes o diuréticos, enemas u otros fármacos y de tipo no purgativo cuando realizan ejercicio excesivo y ayunos.

Pruebas científicas han encontrado que la bulimia se relaciona con la depresión mayor. “En un estudio, cerca de 80 por ciento de los pacientes con bulimia experimentó por lo menos un episodio de depresión mayor o enfermedad bipolar en su vida”.³³

El ex presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, doctor José Manuel Saucedo afirmó, en el curso *Principios de la enfermedad mental*³⁴, que las

³² Alejandro Caballero Romo, “Trastornos de la alimentación”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

³³ Brian P. Quinn, *Todo sobre la depresión: aprenda a controlarla*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2003, 2da. edición, p. 90.

³⁴ Entrevista con el Dr. Juan Manuel Saucedo García, México, D.F., 15 de noviembre de 2010.

adolescentes que tienen cuadros depresivos y de ansiedad las predispone a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria:

En los antecedentes de las chicas anoréxicas y bulímicas se ha detectado que antes de presentar un trastorno de conducta alimentaria tuvieron alteraciones emocionales, sin embargo, esto no es una garantía para desarrollar el cuadro, pero si sufren trastornos de la alimentación seguramente tuvieron trastornos emocionales.

Anorexia nerviosa

El especialista en Trastornos de la Conducta Alimentaria, doctor Caballero explicó, de acuerdo al DSM-IV-TR, que en este trastorno la persona se niega a mantener un peso igual o por encima de lo normal de acuerdo a su edad y talla, siente miedo a ganar peso o estar obesa aunque su peso sea menor al 85 por ciento del normal y se siente obsesionada por estar delgada. La chica tiene “una percepción alterada de su silueta o peso”. En las mujeres pospuberales, existe la presencia de amenorrea, es decir, dejan de menstruar por lo menos tres ciclos consecutivos. El experto subrayó que hay dos tipos: es restrictivo cuando predomina la restricción y el compulsivo purgativo además de restricción “hay una presencia importante de conductas compulsivas o purgativas” porque la persona tiene atracones o purgas (provocación del vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas). En ese sentido, el doctor Caballero consideró que cuando la persona se somete a periodos de ayunos prolongados o a exceso de ejercicio el término adecuado sería “conductas compensatorias”. El inicio de la anorexia nerviosa se presenta en la adolescencia temprana e incluso en la etapa puberal. “La mortalidad a largo plazo es del 10 por ciento de pacientes que han requerido hospitalización. La mayor parte de las veces se presentan con padecimientos comórbidos como el trastorno depresivo mayor,” concluyó el psiquiatra.

Algunos estudios sugieren un riesgo genético. Los adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria también suelen presentar: aislamiento, cansancio excesivo, irritabilidad, culpa, ansiedad y depresión. Se han encontrado diversas complicaciones médicas como consecuencia de estos padecimientos (alteraciones metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinales e inmunológicas, etcétera).

Los expertos consideran que las conductas de estos pacientes se refuerzan por el valor que la sociedad le ha dado a la apariencia física sinónimo de un cuerpo perfecto

y delgado lo que implica la aceptación social además del refuerzo que generan los medios de comunicación masiva, en especial, en campañas publicitarias dirigidas a mantener y obtener un cuerpo delgado idealizado.

Trastorno de ansiedad

Ma. Constanza Recart Herrera y Mario Zúñiga Pinto, psiquiatras infantojuveniles, en el libro *Psiquiatría del adolescente*, definen a la ansiedad normal como “una emoción básica, adaptativa ante un peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación”.³⁵ La ansiedad patológica es “una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro”.³⁶ Se caracteriza por inquietud, turbación, inseguridad o temor ante lo que se percibe como una amenaza.

Los trastornos de ansiedad, en su mayoría, comienzan en la niñez o inicio de la adolescencia. Existen tipos específicos de este padecimiento, su síntoma principal es la ansiedad y se describen a continuación de acuerdo a diversos autores:

Trastorno de ansiedad generalizada. El paciente tiene ansiedad excesiva y se preocupa exageradamente por diversas circunstancias cotidianas. Puede durar más de seis meses. Sus síntomas son: inquietud, impaciencia, fatiga, cefaleas, irritabilidad, mareos, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño y tensión muscular. Sus causas se atribuyen a la genética, intenso estrés y sobrecarga emocional.

El ex presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, doctor Juan Manuel Saucedo explica que frecuentemente la depresión es precedida por ansiedad: “Un niño con ansiedad generalizada puede desarrollar depresión en la adolescencia”.

Trastorno de pánico. Se caracteriza por presentar crisis de angustia³⁷ recurrentes e inesperadas y por el temor de sufrir otras crisis. Las crisis son reacciones de miedo o malestar intenso que aparecen de forma temporal por varios minutos. El

³⁵ Mario Valdivia P., et. al, *op. cit.*, p. 166.

³⁶ *Idem.*

³⁷ La angustia es una sensación parecida al miedo que experimenta una persona. Ambas son reacciones normales ante un peligro o amenaza, la diferencia es que el miedo es el temor a un objeto o situación externa reconocidos por el sujeto. La angustia es un sentimiento caracterizado por un miedo a algo desconocido que el individuo reconoce que es exagerado. Presenta síntomas como: aprensión, terror, sensación de muerte inminente o miedo a enloquecer, palpitaciones, opresión y sensación de asfixia.

sujeto tiene “la sensación de peligro o muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar”,³⁸ además se manifiestan cuatro o más de los siguientes síntomas: escalofríos, temblores, dolor abdominal, opresión o malestar en el pecho, sudoración, hipertensión arterial, taquicardia, náuseas, hormigueo, desmayos o mareos. Miedo a: volverse loco, a morir o perder el control. Sensación de: asfixia, irrealidad, despersonalización (estar separado de uno mismo) y pérdida de control. La predisposición a desarrollar este padecimiento parece ser hereditaria.

Trastorno de estrés postraumático. Este tipo de trastorno se origina cuando el adolescente se expone a una situación catastrófica en la que corre peligro su vida o la vida de otros como: accidentes, incendio, guerra, desastre natural, haber visto o presenciado una muerte y violencia física, sexual o psicológica.

Al respecto, la doctora Sosa explica que se manifiesta porque “el individuo ha presenciado un evento que le resulta sumamente terrorífico y en donde su vida o la vida de los demás estuvieron en peligro”. La persona que lo padece “frecuentemente está reviviendo la situación que le ocasionó el trauma”. Evita cosas que le recuerden el hecho traumático. Tiene mucho miedo y angustia de reexperimentar lo sucedido. La especialista asegura que a menudo este trastorno se asocia con depresión mayor.

Según el DSM-IV-TR la persona puede no recordar algún aspecto importante relacionado con el trauma. Sus sentimientos los restringe; tiene la sensación de que no tiene futuro; muestra menos interés por actividades que eran importantes para ella. Tiene dificultad para dormir y concentrarse, se siente irritable y está hipervigilante. Estos síntomas se pueden presentar con una duración de 3 meses o más, incluso se pueden presentar tardíamente después de los 6 meses de ocurrido el hecho.

En un estudio de casi 10,000 adultos, se determinó que mientras más experiencias traumáticas tiene una persona en la infancia, mayor es la probabilidad de desarrollar depresión.³⁹

Trastorno obsesivo-compulsivo. La persona tiene pensamientos constantes e irracionales (obsesiones) que le producen ansiedad. Las compulsiones son

³⁸ Juan José López-Ibor Aliño, *op. cit.*, p. 478.

³⁹ Keith Kramlinger, *op. cit.*, p. 21.

comportamientos o actos mentales que se repiten una y otra vez para controlar la ansiedad. Cuando un individuo se obsesiona por la contaminación puede tener la compulsión de lavarse las manos de manera obsesiva. Otras compulsiones son: verificar si cerró la puerta de la casa o las llaves del agua, ordenar o contar cosas hasta determinado número, repetir palabras en silencio. Algunas obsesiones son: pensamientos de hacer daño a los seres queridos, violencia o actos sexuales que no son agradables. Las investigaciones sugieren que puede ser hereditario.

Trastorno de ansiedad por separación. La doctora Zavaleta explica que es la ansiedad excesiva que presenta el niño cuando se separa de sus padres o las personas que se encargan de él. Cuando va a la escuela no se puede separar de ellos y constantemente tiene temor de perderlos o que sufran algún daño. Abunda, tienen pesadillas recurrentes relacionadas con la separación de estas figuras significativas. Se aferra a la mamá y entra en pánico, hace berrinche o llora. Duerme con sus progenitores porque le da miedo la obscuridad. Se presenta después de los cuatro años de edad. “Antes de esa edad pueden ser parte del desarrollo. El adolescente puede presentar este padecimiento pero es difícil que exprese abiertamente lo que siente, sin embargo, cuando va a consulta le dice al psiquiatra que tiene miedo”, asegura la especialista.

Según el DSM-IV-TR el individuo puede presentar síntomas físicos como: cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos cuando se produce la separación. Su duración es de por lo menos 4 semanas y se inicia antes de los 18 años de edad.

Algunas de las causas son: sobreprotección, padres con ansiedad, experiencias traumáticas de separación de los progenitores por muerte o divorcio y “factores hereditarios como la presencia de depresión mayor y trastorno de pánico en los padres multiplica por tres el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad de separación en los hijos”.⁴⁰

Agorafobia. Miedo que surge al estar en lugares públicos o circunstancias en las que al sujeto se siente atrapado o miedo a no encontrar ayuda en caso de presentar una crisis de angustia. La persona evita estar sola fuera del hogar, viajar, estar entre la

⁴⁰ Mario Valdivia P., et al., *op. cit.*, p. 179.

gente, etcétera. Se sabe que algunos factores que inciden su aparición son: la predisposición a responder de manera excesiva a situaciones estresantes, así como una dependencia a los demás, un estilo de educación que no ayuda a superar los miedos y a afrontar los peligros adecuadamente.

Fobia social. El individuo se siente temeroso y ansioso ante situaciones sociales como: hablar en público o estar con personas desconocidas. Siente miedo exagerado de ser observado o juzgado por los demás. En menores de 18 años la duración de los síntomas debe de ser mínimo de 6 meses. Sus síntomas son: inhibición, tartamudez, timidez, transpiración intensa, etcétera. La genética está involucrada en este trastorno.

Fobia específica. Temor que surge ante la presencia de una situación u objeto concreto que produce ansiedad. La duración de los síntomas en menores de 18 años debe de ser mínimo 6 meses. La doctora Patricia Zavaleta explica que la fobia puede ser a las arañas, a las inyecciones, a la sangre, a volar, etcétera. Sus síntomas son: angustia, pérdida de control, mareos, sofocos y desmayos. Algunos factores que la desencadenan son sucesos traumáticos y la herencia.

En los trastornos de ansiedad se pueden presentar crisis de angustia y agorafobia. Asimismo, estos padecimientos afectan el ámbito: familiar, social, laboral, académico e individual en los que se desarrolla la persona.

Estos no son los únicos trastornos que se pueden presentar con la depresión, por lo que es importante que ante la presencia de algunos de los síntomas se busque ayuda profesional para un diagnóstico certero y tratamiento individual especializado.

El estudio *Diferencias de Sexo en la Prevalencia y Severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes en la Ciudad de México*, cuyo objetivo fue estimar las diferencias por sexo de la prevalencia y severidad de 17 trastornos psiquiátricos en adolescentes mexicanos. Se realizó con una muestra de 3005 adolescentes, entre 12 y 17 años de edad, de la Ciudad de México y área metropolitana. En dicho estudio se encontró que los trastornos individuales, más frecuentes, en ambos sexos son: fobias específicas y la fobia social.⁴¹

⁴¹ Corina Benjet, et al., "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 2, marzo-abril de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212275008>, [consulta: 29 de noviembre de 2009], p. 156.

En las mujeres, en orden descendiente, se encontró que los trastornos más prevalentes son: 1) Fobias, 2) Depresión mayor, 3) Trastorno negativista desafiante, 4) Agorafobia sin pánico, y 5) Ansiedad por separación. En los hombres se detectó que los trastornos más prevalentes son: 1) Fobias, 2) Trastorno negativista desafiante, 3) Abuso de alcohol, y 5) Trastorno disocial.

El estudio reveló que las mujeres presentan mayor número de trastornos y una mayor prevalencia en otros. En los hombres el uso de sustancias es el más prevalente (cuadro 2).

Cuadro 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año por sexo

	Hombres		Mujeres		Wald χ^2	p
	%	ES	%	ES		
I. Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	1.3	0.3	1.9	0.4	1.9	0.18
Trastorno de ansiedad generalizada	0.3	0.2	0.7	0.3	1.0	0.32
Fobia social	10.0	0.8	12.4	1.0	4.1	0.05
Fobia específica	15.6	1.0	26.1	0.9	54.5	0.00
Agorafobia sin trastorno de pánico	2.5	0.5	4.7	0.6	7.9	0.01
Trastorno por estrés postraumático	0.3	0.2	1.7	0.3	15.9	0.00
Trastorno de ansiedad por separación	1.7	0.3	3.6	0.5	11.9	0.00
Cualquier trastorno de ansiedad	24.6	1.2	35.0	1.0	49.4	0.00
II. Trastornos afectivos						
Depresión mayor	2.0	0.5	7.6	0.8	32.8	0.00
Distimia	0.2	0.1	0.9	0.3	4.0	0.06
Bipolar I y II	2.4	0.5	2.5	0.3	0.1	0.81
Cualquier trastorno afectivo	4.4	0.6	10.1	0.9	23.3	0.00
III. Trastornos impulsivos						
Trastorno negativista desafiante	3.7	0.4	6.9	0.8	18.8	0.00
Trastorno disocial	3.3	0.4	2.6	0.5	1.5	0.24
Déficit de atención/hiperactividad	1.4	0.3	1.8	0.5	0.6	0.44
Cualquier trastorno impulsivo	7.0	0.6	10.3	0.9	10.1	0.00
IV. Trastornos por uso de sustancias						
Abuso de alcohol	3.4	0.6	2.0	0.5	3.3	0.08
Dependencia al alcohol	0.7	0.2	0.3	0.1	3.7	0.06
Abuso de drogas	1.4	0.4	0.7	0.3	2.1	0.16
Dependencia de drogas	0.3	0.2	0.1	0.1	1.4	0.25
Cualquier trastorno por sustancias	4.2	0.7	2.5	0.6	3.7	0.06
V. Cualquier Trastorno						
Uno o más trastornos	35.7	1.2	43.2	1.1	16.1	0.00
Dos o más trastornos	14.5	1.4	21.4	1.0	16.7	0.00
Tres o más trastornos	5.9	0.7	10.9	1.0	15.6	0.00

Fuente: Corina Benjet, et al., "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 2, marzo-abril de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212275008>, [consulta: 29 de noviembre de 2009], p. 159.

Asimismo, se observó que para ambos sexos, los trastornos con mayor gravedad fueron los del estado de ánimo y en menor medida los trastornos ansiosos. Sin embargo, se detectó que la proporción de casos graves es mayor para las mujeres con cualquier trastorno, trastorno ansioso o cualquier trastorno de impulsividad. En los hombres hay una proporción mayor muy ligera con mayor gravedad en: cualquier trastorno de ánimo y uso de sustancias (cuadro 3).

Cuadro 3. Proporción de casos graves por tipo de trastorno y sexo

	Hombres		Mujeres		Wald χ^2	p
	%	(se)	%	(se)		
Cualquier trastorno de ansiedad	16.4	1.8	24.3	2.4	5.8	0.0
Cualquier trastorno afectivo	59.1	7.9	52.8	4.0	0.5	0.5
Cualquier trastorno impulsivo	32.4	4.8	48.7	4.6	5.2	0.0
Cualquier trastorno por uso de sustancias	33.1	7.6	27.2	9.3	0.3	0.6
Cualquier trastorno	18.9	1.8	25.5	2.1	5.7	0.0

Fuente: Corina Benjet, et al., "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 2, marzo-abril de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212275008>, [consulta: 29 de noviembre de 2009], p. 160.

El estudio detectó que los padecimientos con edades de inicio más tempranas son: los trastornos de ansiedad -edad mediana de inicio seis años- (Anexo figura1), en seguida los trastornos de impulsividad.⁴² los hombres inician más tempranamente que las mujeres (Anexo figura 2) y después los trastornos de ánimo -edad mediana de inicio 11 años- (Anexo figura 3). El uso de sustancias se presentó en edades más tardías y son similares en ambos sexos -edad mediana de inicio 14 años- (Anexo fig. 4).⁴³

Es normal sentirse triste ante las adversidades de la vida, sin embargo, la tristeza es un sentimiento temporal en respuesta a situaciones desagradables o adversas que vive una persona. La tristeza es inherente al ser humano que vive duelos, fracasos y pérdidas que de alguna forma le afectan pero que lo hacen aprender y madurar. Sin embargo, sale adelante para continuar su vida. Por el contrario, como hemos visto en este capítulo la depresión es una enfermedad y la tristeza que la caracteriza es persistente, intensa y con una duración más prolongada, sin embargo, los adolescentes más que tristeza experimentan irritabilidad y otros

⁴² La diferencia se debe a que los hombres inician el trastorno negativista desafiante un año antes en comparación con las mujeres.

⁴³ Corina Benjet, et al., *op. cit.*, p. 160.

síntomas. En los casos graves el paciente puede tener conductas o ideas suicidas y presentar síntomas psicóticos.

Los padres y profesores de los adolescentes son personas claves que pueden identificar los síntomas depresivos debido a que los conocen y saben cuando presentan una conducta o síntoma que no es normal en ellos atendiendo su severidad, duración y anormalidad. Es necesario que busquen la ayuda de especialistas de la salud mental debido a que los síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades e incluso la depresión puede ser consecuencia de otros trastornos o puede acompañarlos.

En ese sentido, se ha destacado que los adolescentes depresivos, en su gran mayoría, presentan otros trastornos psiquiátricos lo que hace más difícil su diagnóstico debido a que el paciente puede somatizar y confundirse con otro tipo de enfermedades lo que provoca que las personas no consulten a tiempo a un especialista. Sólo un experto puede determinar si la persona padece depresión o si presenta comorbilidad con otros problemas psiquiátricos así como su severidad y tratamiento.

Es necesario informar a la población en general sobre este tipo de trastornos para poder prevenirlos y detectarlos a tiempo, debido a que afectan a miles de personas y muchas de ellas por desinformación nunca buscaran ayuda o vivirán con el padecimiento como parte de su personalidad o algo “normal” que sucede ante las vicisitudes de la vida y que creen que pronto pasara, generando otro tipo de problemáticas y en consecuencia vivan infelices toda su vida.

CAPÍTULO II

NI NIÑO, NI ADULTO...

“La lenta separación de las ligas emocionales del adolescente con su familia, su entrada temerosa o alborozada a una nueva vida que le llama, son de las más profundas experiencias de la vida humana.”

Peter Blos

Cuando comencé con los cambios físicos de la adolescencia me sentía rara e incómoda. Aunque te den información de lo que te va a pasar cuando te sucede no hay alguien que te diga: ¡Tranquila! Sola me tuve que calmar y pensar que es normal. Me daba pena ver como cambiaba mi cuerpo pero me traumaba más cuando me decían: “señorita”. Cuando tuve mi primera menstruación ni quería decirle a mi mamá, no me gustaba. Ese día me puse a llorar: Yo no quería ser grande, quería seguir siendo niña. Me puse triste y no sabía qué hacer. Cuando mi mamá se dio cuenta habló conmigo y lo tuve que aceptar.-Relata Alejandra-

Mientras se sonroja, acomoda su blusa y tapa con su holgada sudadera su silueta femenina como si quisiera esconderse de los ojos extraños que podrían descubrir que a pesar de su rostro de niña su cuerpo es el de una mujer.

No me siento ni niño, ni adulto. Aunque sé que he cambiado tengo que aceptar que es algo que tiene que pasar, aunque no me guste. -Comenta Jorge- con cierta añoranza, un poco confundido porque a veces, le gusta jugar video-juegos o frontón y otras le encanta ver a su novia, los bailes, el alcohol y hasta tener relaciones sexuales.

Diversos autores afirman que el proceso de la adolescencia es una construcción cultural y social que está determinada por la sociedad que establece las bases estructurales en las que se deben poner en práctica las normas, valores y límites que guían la educación, la socialización, así como las condiciones políticas y económicas predominantes y que guían a cada una de sus instituciones e integrantes de la misma. En la cultura occidental no existe un acuerdo de la edad en que el individuo deja de ser adolescente y se transforma en adulto. Sin embargo, coinciden en que la adolescencia inicia con la pubertad, alrededor de los doce años, caracterizada por los cambios fisiológicos, es decir, debido a los cambios hormonales que se manifiestan cuando las características físicas y sexuales maduran. Se caracteriza por el crecimiento y madurez biológica, fisiológica, psicológica y social. “A la madurez

biológica se le conoce como pubertad,...al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia”.⁴⁴

Por otro lado, es importante señalar que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la población adolescente mexicana se duplicó en los últimos 30 años. “En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento. Entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años”.⁴⁵

En otro orden de ideas, el doctor Héctor Rodríguez⁴⁶ destaca que algunos adolescentes tienen problemas para dejar la infancia y enfrentar el proceso de la adolescencia por lo que manifiestan conductas negativas:

Muchos adolescentes no quieren dejar de ser niños. No quieren crecer. Las mujeres no quieren verse con los senos aumentados y las caderas anchas. Los chavos con el vello y el bigote. Se resisten a crecer porque quieren seguir siendo niños, por eso tienen actitudes regresivas infantiles, por ejemplo: no bañarse, no cortarse el cabello, en las chicas evitar que las vean con brasier.

Los chicos entrevistados nos cuentan cómo se sienten siendo adolescentes:

Laura: *Me gusta ser grande. Me siento bien. Antes me daba pena, me sentía rara. Me veía al espejo por horas.*

Rodrigo: *No me gusta que me salga bigote y barba porque me veo grande. Odio que me salgan barros. Sólo me gustan mis brazos, antes eran flacos pero como ahora hago ejercicio se ven fuertes.*

Rafael: *Me gusta verme como un hombre: ¡Joven y fuerte! Lo que no me gusta es verme panzón por eso voy al gimnasio de la colonia dos o tres horas diarias o hago lagartijas. ¡El bigote y los barros se ven horribles!*

El doctor Enrique Dulanto Gutiérrez, en el libro *El adolescente*, destaca que en la adolescencia el individuo logra la madurez biológica y sexual, y en consecuencia su capacidad de reproducción. En esta etapa busca y consigue poco a poco la madurez emocional y social adquiriendo responsabilidades y conductas que le permitirán convertirse en adulto.

Por su parte, la doctora María Isabel Gama Lira, Terapeuta sexual adscrita al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, explica los cambios que físicos que experimentan los chicos en la adolescencia:

⁴⁴ Enrique Dulanto Gutiérrez, *El adolescente*, México, McGraw-Hill Interamericana: Asociación Mexicana de pediatría, A.C., 2000, 1ra. edición, p. 143.

⁴⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *La salud de los adolescentes en México*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.mex.ops-oms.org/>, [Consulta: 3 de noviembre de 2009].

⁴⁶ Entrevista con el Dr. Héctor Rodríguez Juárez, México, D.F., 7 de abril de 2010.

Tanto el hombre como la mujer aumentan su estatura y peso. Los caracteres sexuales primarios se relacionan con la reproducción: desarrollo de los órganos sexuales y la producción de óvulos y espermatozoides. En la mujer se aparece la menarquia o primera menstruación y en los hombres la espermarquia que es la primera eyaculación. La especialista abunda, los caracteres sexuales secundarios son otros cambios corporales que distinguen a los hombres de las mujeres. En las mujeres: crecen los senos, se ensanchan las caderas. En ambos aparece vello púbico y axilar. A los hombres les sale barba y bigote, engruesa la voz, se ensancha la espalda y los hombros. Aparecen las poluciones nocturnas o sueños húmedos, puntualiza la terapeuta.

El camino hacia la adultez

El doctor Enrique Dulanto Gutiérrez, miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, señala que la adolescencia dura de 10 a 12 años de vida cronológica en la que se manifiestan diversos cambios por lo que se ha acordado dividirla en tres etapas para su mejor comprensión:

1. **Adolescencia temprana.** Comprende de los 12 a los 14 años de edad.
2. **Adolescencia media.** Abarca desde los 15 hasta los 17 años.
3. **Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia.** A partir de los 18 a los 21 años de edad.

El fundador y ex jefe del Departamento de Medicina de Adolescentes del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, doctor Dulanto aclara que diversos autores ubican la etapa de la **preadolescencia** entre los 10 y 12 años de acuerdo al desarrollo cognitivo y emocional. Dicha etapa representa la parte final de la infancia. La preadolescencia y la pubertad constituyen el inicio de la adolescencia. Otros autores incluyen ambas etapas en la primera división, resultando como límite inferior de edad los 10 años.

Adolescencia temprana

El ex miembro del Comité de Adolescencia, International Pediatric Association, doctor Dulanto resalta que en esta etapa los adolescentes sufren cambios físicos que les provocan inquietud respecto a su normalidad. Comparan sus cuerpos con los de sus

compañeros. Sienten curiosidad por saber de la anatomía sexual y su tamaño. Además sienten ansiedad respecto a la menstruación, poluciones nocturnas y la masturbación. Asimismo, se da una separación emocional de los padres. En la búsqueda de su independencia aparecen conductas opositoras y rebeldes en contra de cualquier figura de autoridad cuando éstos manifiestan algún comentario hacia su arreglo personal, conducta o actitudes, los adolescentes los malinterpretan lo que provoca conflictos.

Los adolescentes entrevistados recuerdan algunas conductas opositoras y rebeldes que han tenido en contra de sus padres:

Alejandra: *Cuando mi mamá me mandaba a hacer algo le decía irónicamente: ¡No! Tú puedes hacerlo, tienes dos pies, dos manos y lo puedes hacer. ¿Qué estás haciendo?*

Rodrigo: *Mi mamá siempre me critica mi forma de vestir, dice que parezco delincuente. ¡No entiende lo que es la moda! Tampoco le gusta que me encierre en mi cuarto todo el día o que salga con mis amigos. Todo lo que hago le parece mal. No comprende que necesito estar solo y que no me gusta que me esté diciendo lo que tengo que hacer por eso siempre discutimos.*

Rafael: *Cuando mis papás me prohíben algo, me enojo, me pongo de malas y les empiezo a contestar. Los reto porque no me dejan hacer lo que me gusta.*

Laura: *Me da flojera hacer mis tareas y no lo hago hasta que mi mamá se enoja.*

Jorge: *Una vez mi papá me regañó porque no le gustaba que me juntara con mis amigos. Me molesté mucho y lo reté a golpes.*

El doctor Dulanto, asesor temporal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Programas de Salud y Adolescencia, asegura que algunos jóvenes son rebeldes, intratables o descorteses. Son impulsivos y para mostrar su independencia realizan conductas de riesgo porque se sienten invulnerables. Los sentimientos de inseguridad, soledad y melancolía son frecuentes en esta etapa. Estas emociones provocan que los adolescentes tengan un carácter irritable y humor cambiante.

Alejandra: *Una vez me subí al coche de uno de mis amigos pero él iba muy borracho. Empezó a manejar bien loco y por más que le decía que se detuviera le aceleraba más. Se metió en una calle en doble sentido y venían varios trailers. Me agaché y en mi mente mi corta existencia pasó en segundos. ¡De puro milagro salimos vivos!*

El doctor Rodríguez destaca que en esta etapa los adolescentes muestran cierta apatía o rebeldía ante sus obligaciones. El experto enfatiza que los chicos pueden “andar desaliñados; se juntan en grupitos; se les olvidan y pierden las cosas; no apuntan tareas. Utilizan groserías y alburas para hablar. Abunda, hay mucho contacto

corporal en el juego como: el abrazo, el ahorcamiento, el forcejeo y los golpes”. Son muy juguetones y empiezan a perder el interés en la escuela y en sus obligaciones, pero todavía realizan sus deberes. Tienen como adversarias a las mujeres, es “un pecado ligarse a una chica o tener contacto con ellas”. Idealizan las amistades del mismo sexo. Hacen bromas y burlas con respecto a la sexualidad.

El investigador asociado al Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. (IMES), doctor Dulanto afirma que en esta etapa los amigos se vuelven importantes al grado de formar bandas o grupos de amigos. La amistad con el sexo opuesto es ocasional, sin embargo, establecen alguna amistad del mismo sexo al que ven como confidente. Se interesan por sí mismos y se preocupan por razonar los problemas de los diversos ámbitos en los que se desenvuelven. Exageran su situación personal debido a la dependencia-independencia que sienten. De esta forma, su autoconcepto y el aprecio de sí mismo caen en los extremos, un día se sienten grandes, importantes y omnipotentes; al otro día se sienten solos y con muchos problemas sintiéndose incomprendidos.

El doctor Rodríguez resalta que en la búsqueda de su identidad y su creciente autonomía el adolescente se aísla generando conflictos con los padres que no lo entienden. “Su cuarto está desorganizado, no les gusta que se metan en él, porque significa violar su intimidad y esto les enoja muchísimo, porque tienen ahí sus secretos, sus diarios o porque simplemente no quieren que irrumpen su momento de chateo, de estar concentrados escuchando música, viendo la televisión o hasta fumando”.

El doctor Humberto Rico agrega que ante los cambios que se presentan en la adolescencia los jóvenes se pueden sentir tristes:

En la formación de su personalidad, el adolescente tiene muchos cambios hormonales y físicos. Sus intereses cambian, su pensamiento se vuelve más abstracto: cuestiona la política, la religión, la autoridad familiar y esto lo puede llevar a sentirse triste, sin que esto signifique que se trate de una depresión.

Adolescencia Media

El doctor Dulanto explica que en esta etapa el adolescente se ha transformado físicamente. Se inician las relaciones de noviazgo y la actividad sexual con problemas relacionados como: embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Al respecto, la especialista en terapia sexual y de pareja, doctora María Isabel Gama asevera que la educación sexual que se le da al adolescente en la familia es esencial y es determinante en los problemas que tenga en este aspecto. Asegura que existe información pero hace falta una formación en educación sexual para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual:

Si en casa la sexualidad es tabú, pecado o no se habla de eso. Si no hay comunicación, si no hay una educación sexual apropiada el chico va a crecer con miedos y temores, el despertar de su sexualidad le va a llevar a buscar información donde pueda, pero en muchas ocasiones está tergiversada entre sus amigos o compañeros.

La terapeuta abunda, en las escuelas han tratado de dar cierta información básicamente a nivel de reproducción, aunque ya le han agregado la interacción con una pareja debido al aumento de las enfermedades de transmisión sexual. La información que dan sobre reproducción y métodos anticonceptivos es “informativa no formativa” por eso las jóvenes se siguen embarazando. “La curiosidad, la necesidad, las sensaciones sin información y mucho menos sin formación los lleva a la búsqueda de una experimentación en la sexualidad que puede ser conflictiva”, advierte la experta.

Los chicos entrevistados nos cuentan acerca de sus noviazgos y algo más:

Alejandra: *Me enamoré mucho de Eduardo, uno de mis novios. Cuando cumplimos tres meses me pidió que tuviéramos relaciones. Yo le decía que no porque me daba miedo. Él tenía diecinueve años y como ya lo había hecho para él era algo normal. Yo le dije que hasta que cumpliéramos ocho meses de novios lo haríamos. Duré con él nueve meses pero a los seis meses nos ganó la calentura y se dio.*

Rodrigo: *Comencé a andar con una chava que vivía en Cuauhtepac, tuvimos relaciones sexuales pero ya no la veo porque cuando la acompañaba a su casa los chavos de su colonia me amenazaban diciéndome que si me acercaba por ahí me iban a matar. Ese día me di cuenta que había estado siempre encerrado en mi casa y en la maldita escuela. No conocía el mundo de verdad, el de la calle, donde si no te sabes defender te matan. Me sentía inseguro y muy poca cosa. Quería conocer la vida de la calle por si algún día se me ponían al brinco, por eso me juntaba con mis amigos que tenían más experiencia y no le tienen miedo a nada, ni a nadie.*

Laura: *Sí me gustan los muchachos. Me gustaba su físico y como me tratan, pero en mi escuela están muy feos. He tenido tres novios. Ahorita no tengo novio.*

Jorge: *Me llevo bien con mi novia. Tenemos un año de novios. Cuando me veía triste y preguntaba porqué me sentía así yo le decía que me dejara solo que era una chismosa. Ahora me llevo mejor con ella. Tenemos relaciones sexuales pero nos protegemos siempre con condón.*

El secretario adjunto del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), doctor Dulanto afirma que en la primera etapa de la adolescencia el joven busca satisfacer fantasías sexuales e incluso puede llegar a tener relaciones

íntimas. A partir, de la segunda y tercera etapa las relaciones de noviazgo se dan por la atracción. Además los chicos tienen la necesidad de ser escuchados, apoyados, comprendidos y sentir afecto por lo que eligen a alguien con quién tener intimidad. En la adolescencia media y tardía los jóvenes tienden a idealizar a su pareja y se enamoran:

Esto no evita que resurja la etapa de los impulsos...Por ello, muchos jóvenes con pocos valores, gran soledad familiar y necesidades de afecto inician las primeras relaciones afectivas con toda honestidad pero, si carecen de contención, suelen terminar en relaciones prematrimoniales que muchas veces los conducen hacia grandes fracasos sentimentales y sociales.⁴⁷

Rafael: *Mi novia tiene catorce años. Tenemos ocho meses de novios. Me gusta sus ojos, su sonrisa, sus sentimientos...todo me gusta de ella. Platicamos de nuestros problemas. Al mes y medio de andar tuvimos relaciones. Nunca nos hemos cuidado. Si un día se llega a embarazar me hago responsable, dejo de estudiar y me pongo a trabajar.*

El doctor Dulato señala que algunos adolescentes pueden terminar sus relaciones de noviazgo sin problema pero otros sufren cuando la relación termina. Además, hay jóvenes que tienen relaciones sin compromiso, sin embargo, algunos chicos durante la resolución de la adolescencia logran tener una relación madura y estable e incluso pueden tener un proyecto de vida en pareja.

El doctor Rodríguez comenta que en esta etapa las mujeres y los hombres se relacionan mejor porque hay más empatía y madurez. “Empiezan a ser más galancitos. Se arreglan más y se visten a la moda. Hacen más deporte y ejercicio”.

Según el doctor Dulanto, presidente del Comité de Adolescencia de la Sociedad Mexicana de Pediatría, A.C., indica que en esta etapa los adolescentes se alejan de su familia y están más tiempo con sus amigos con los que comparten sentimientos, gustos, aficiones, y creencias, etcétera. Buscan pertenecer a un grupo con el objetivo de ser reconocidos, sentirse valiosos y aceptados. La necesidad de identidad grupal se manifiesta en la subcultura del grupo con el que se relacionan, esto hecho propicia que los adolescentes acepten valores y prácticas de sus amigos porque buscan una “seguridad” que sustituya a la que perdieron parcial o total de su familia.

En este punto el doctor Héctor Rodríguez afirma que los adolescentes se empiezan a separar de los padres e inician nuevas relaciones con los amigos y novios:

En esta etapa la idealización del padre o la madre se empieza a caer. Se da un proceso de desvinculación de la familia que les provoca ansiedad porque son niños y adolescentes, lo que les ocasiona toda una serie de conflictos emocionales. Un adolescente puede decirnos hoy que ya tiene novia y mañana nos dirá que ya no, porque andan probando nuevos vínculos.

⁴⁷ Enrique Dulanto Gutiérrez, *op.cit.*, p. 214.

Jorge: *Me gusta pintar graffitis. Pertenezco a dos Crews que son bandas de grafiteros. Una se llama DPA: "Desmadrando paredes con arte" y la otra DTC: "Destrucción total clandestina". Nosotros pertenecemos a una organización legal, pedimos permiso y pintamos las bardas. Expresamos nuestros sentimientos. Si estoy feliz uso colores que resalten mucho. Cuando los graffiteros no sienten amor pintan en negro y cromo. A mí me gusta pintar en esos colores.*

Rafael: *Me gusta estar con mis amigos porque echamos cotorreo y escuchamos música.*

Laura: *Me gusta jugar futbol con mis primos y mis amigos.*

Rodrigo: *Cuando me iba a las fiestas con mis amigos llegaba muy tarde a mi casa, a veces no llegaba. Nos la pasábamos tocando rolas hasta el amanecer. Me sentía libre y aceptado por ellos, no me criticaban y no me estaban molestando con estupideces como mi mamá. Quiero ser cantante y viajar por todo el mundo sin que nadie me diga que tengo que hacer.*

Alejandra: *Tengo muchos amigos pero casi todos son hombres. Con mi amiga Rebeca me la pasó muy bien. Platicamos de chavos. Con mis amigos hay una buena relación porque nos gusta la misma música. ¡Nos burlamos de todo! Hasta de nosotros mismos.*

El doctor Dulanto afirma que en esta etapa los adolescentes entre 15 y 17 años de edad suelen sentirse omnipotentes y pueden ejecutar conductas de riesgo como: alcoholismo, drogadicción, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de conductas se manifiesta, sobre todo, si en la familia existen problemas. Asimismo, asevera que los adolescentes que no tienen un núcleo familiar donde se enseñen y respeten los valores aceptan la moral convencional en su comportamiento. Su capacidad de abstracción y razonamiento se expresa en su desarrollo intelectual y creativo. Sin embargo, al elegir su vocación se reconoce su capacidad y sus límites produciendo, a veces, frustración o baja autoestima.

Adolescencia tardía

El doctor Dulanto indica que en esta etapa los adolescentes están por adquirir su autonomía e independencia. Además se reconcilian con sus padres y con las figuras de autoridad con la que tenían problemas y sus relaciones se vuelven más agradables. Sin embargo, hay adolescentes que se resisten a ser responsables y se niegan a crecer debido a problemas personales o familiares. Otros adquieren compromisos, responsabilidades y formalizan compromisos. Se vuelven más realistas y racionales. Definen su proyecto de vida en relación a su profesión y metas.

Este autor enfatiza, y en concordancia a los estudiosos del desarrollo humano, que en cada subetapa el adolescente establece tiempos para lograr metas propias de acuerdo a su desarrollo individual. Dichas metas se logran a través del cumplimiento

de las tareas básicas que dan apoyo, confianza y seguridad en sí mismo al individuo, además de contribuir en la adquisición de una madurez apropiada.

Robert Havinghurst denomina a estas *tareas evolutivas o de desarrollo psicosocial* y las define como: "...actitudes, conocimientos y funciones que el individuo debe adquirir y hacer crecer en cierto momento de su vida. En esta adquisición intervienen la maduración física, los anhelos sociales y los esfuerzos personales".⁴⁸

De acuerdo a este autor las tareas evolutivas de la adolescencia son:

- *Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según el sexo (masculino o femenino).*
- *Nuevas relaciones con coetáneos de ambos sexos.*
- *Independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.*
- *Obtención de la seguridad mediante la independencia económica.*
- *Elección y entrenamiento de una ocupación*
- *Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.*
- *Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.*
- *Preparación para el matrimonio y la vida familiar.*
- *Elaboración de valores conscientes y acordes con una imagen científica y adecuada del mundo.*⁴⁹

¿Quién soy yo?

En el proceso de la adolescencia el individuo tiene que buscar su identidad y lograr su autonomía, estas son metas esenciales en la formación de su personalidad que lo llevarán a convertirse en adulto. En este sentido, el doctor Juan Manuel Saucedo García, psiquiatra infantil por la Universidad de Toronto, Canadá, afirma que la identidad es: "conocerse, saber quién eres". La persona se identifica en todos los aspectos de su personalidad: intelectual, físico, social, cognitivo, sexual, etcétera.⁵⁰

Al respecto, la psicoterapeuta familiar y de pareja, María Isabel Gama explica que las madres de adolescentes se quejan frecuentemente porque sus hijos se pasan horas viéndose al espejo. Esta actitud –agrega- se debe a que el joven se está reidentificando y es parte del proceso de la adolescencia hacia la búsqueda de su identidad. Por eso ensayan: peinados, atuendos, lenguaje y posturas. Tanto los padres como el adolescente sufren el mismo proceso. Los adolescentes sufren y se sienten melancólicos ante la pérdida del cuerpo infantil pero poco a poco descubren una nueva silueta corporal que les comienza a gustar y les parece más atractiva:

⁴⁸ Robert Havinghurst, citado por Enrique Dulanto Gutiérrez, *op. cit.*, p. 160.

⁴⁹ *Idem*

⁵⁰ Entrevista con el Dr. Juan Manuel Saucedo García, México, D.F., 15 de noviembre de 2010.

Las mamás se quejan porque el chico o chica se encierra en su cuarto y está ahí pensando. Esto sucede porque está en el encuentro con el "yo". Hay adolescentes, no todos, que se pueden pasar horas frente al espejo, se peinan un chino aquí, un chino para allá. Se aprietan el barrito. Se miran de un lado; se miran del otro. Se prueba tres atuendos; dejan todo botado.

La especialista, abunda, estas conductas se dan porque esa persona que están viendo en el espejo no saben quién es, no se identifican. La imagen mental que tienen de ellos es la imagen de un niño o una niña vestida o vestido como los vestían papá y mamá. Esa imagen de niño con la que ha vivido durante once o doce años de pronto resulta que ya no son ellos, ya son diferentes. Se reidentifican, es un duelo que tienen que elaborar. Este mismo proceso lo tienen que vivir los papás por eso, a veces, los papás se confunden porque no lo hacen, puntualiza la experta.

Este sentido, Arminda Aberastury, en el libro *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*, señala que en esta etapa los adolescentes tienden a practicar múltiples "identificaciones contemporáneas y contradictorias. No puede todavía renunciar a aspectos de sí mismo y no puede utilizar y sintetizar los que va adquiriendo y en esa dificultad de adquirir una identidad coherente reside el principal obstáculo para resolver su identidad sexual".⁵¹ Asegura que el enfrentarse a tener una identidad adulta les hace sentir dolor porque significa la separación de sus padres, de su cuerpo infantil y de la infancia. Los padres también "viven los duelos por los hijos, necesitan hacer el duelo por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil".⁵²

Por otro lado, el doctor Dulanto asevera que muchos factores pueden bloquear el proceso de la adolescencia como: cuando el joven no quiere asumir el proceso de maduración personal debido a las responsabilidades que implica; la sobreprotección paterna que tiene como objetivo que el hijo no se separe de la familia y en consecuencia no lo apoyan y no lo dejan ir en el momento adecuado, así como un control excesivo. Este tipo de circunstancias pueden causarle una enfermedad psicosocial al adolescente.

⁵¹ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*, México, Paidós, 2010, 1ra. edición, p. 19.

⁵² *Idem*.

Adolescencia normal

El adolescente que tiene un desarrollo normal experimenta períodos cortos de tristeza, melancolía, ansiedad, irritabilidad y rebeldía. Aberastury afirma que el individuo vive tres duelos importantes en el proceso de su adolescencia que ocasionan que experimente cambios de humor, ansiedad, tristeza, rebeldía, desconfianza, debido al sufrimiento, confusión y contradicción por el proceso de duelo y ante la ambivalencia que vive en relación a su independencia-dependencia que lo llevarán a la búsqueda de su identidad y de su autonomía fundamentales para transformarse en adulto:

1. **Duelo por el cuerpo infantil perdido.** Se manifiesta con los cambios biológicos que transforman su cuerpo.
2. **Duelo por el rol y la identidad infantil.** Renuncia a la dependencia y debe de aceptar nuevas responsabilidades de adulto por lo que debe buscar su nueva identidad y autonomía.
3. **Duelo por los padres de la infancia.** Implica el duelo de los padres por el cuerpo del hijo pequeño, su identidad de niño y su relación de dependencia infantil.

Aberastury enfatiza: “Los padres tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto”,⁵³ lo que implica enfrentar el proceso de su envejecimiento y su posterior muerte además de renunciar a la imagen idealizada que su hijo forjó desde niño y “aceptar una relación llena de ambivalencias y de críticas”.⁵⁴

Por su parte, la doctora Gama sugiere que los padres deben de ayudar a los hijos a desprenderse sanamente de la etapa de la niñez. Ayudarlos a enfrentar los retos que implica la adolescencia en todas sus etapas hasta salir de ella y puedan determinar: “qué van a hacer con su vida”. Los adolescentes viven la separación de los padres con miedo, con tristeza, con enojo, con dudas, por eso se sienten melancólicos y tristes porque están sufriendo un duelo, subraya la terapeuta.

Mauricio Knobel, en el libro *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*, considera que “el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas de acuerdo a lo que conocemos de él”.⁵⁵ Este autor describe las características que se

⁵³ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *op. cit.*, p. 20.

⁵⁴ *Idem*

⁵⁵ *Ibidem*, p.43.

presentan durante la etapa de la adolescencia y denomina “*síndrome normal de la adolescencia*”:

1. Búsqueda de sí mismo y de su identidad. Busca descubrir y confirmar quién es a través de un proceso de individuación que se configura por medio de su interacción con la sociedad y su propia historia personal. Implica el conocimiento de su individualidad biológica, psicológica, social y sexual, es decir, el conocimiento de sí mismo y de la definición de su personalidad adulta.

2. Tendencia grupal. En la búsqueda de su identidad la relación con sus amigos se incrementa. La uniformidad del grupo de amigos le brinda seguridad y estima personal por lo que se da una “sobreidentificación masiva en donde todos se identifican con cada uno”.⁵⁶ El adolescente desea lograr una identidad por lo que se identifica con alguien en especial (generalmente el grupo) y adopta sus características de personalidad hasta que forma su propia identidad. El grupo adquiere, de alguna forma, la dependencia que se tenía con los padres.

Rodrigo: *Mis amigos y yo formamos un grupo de música. Nos juntábamos todas las tardes en casa de “El Flaco”. Yo no sabía tocar ningún instrumento pero poco a poco le entré a componer y a tocar alguna que otra rola, hacía segunda voz. Aprendí a tocar la guitarra para que me aceptaran, aunque también tuve que aceptar hacer otras cosas que no me gustaban.*

Laura: *Casi no voy a fiestas, sólo a los quince años de mis amigas pero prefiero no salir.*

Rafael: *Me gusta ir a las fiestas a bailar Reggaeton con mis amigos.*

Alejandra: *Voy a fiestas si van mis amigos porque ellos me cuidan. En la escuela tengo tres amigas pero una de ellas casi no sale, otra vive muy lejos y con la que me llevaba mejor ya casi no nos vemos desde que fuimos al Reik y me castigaron. A veces, íbamos al cine, a Coyoacán o las plazas.*

Jorge: *Me gusta jugar frontón y futbol con mis cuates. Nos llevamos bien y nos gusta la misma música.*

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear. Constituyen defensas frente a los duelos que vive. La búsqueda de identidad le produce angustia por lo que se refugia en su mundo interior, el cual le permite un reajuste emocional que genera un aumento de la intelectualización: se preocupa por principios éticos, filosóficos, y sociales lo que

⁵⁶ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *op. cit.*, p. 59.

implica construir un plan de vida diferente al que tenía. Puede escribir cuentos, novelas, versos, realizar actividades artísticas y literarias.

Rodrigo: *Cuando me siento triste y solo escribo canciones, en ellas expreso mis sentimientos y mis deseos. Casi todas son tristes, hablan del amor perdido del que se fue y nunca regresa, aquel que te hiere y te lastima, que te deja vacío y sin ganas de seguir viviendo porque se llevó tus ilusiones, tus sueños y tu vida.*

Rafael: *Me gusta dibujar en mi cuaderno corazones o nombres tipo grafitis. También le escribo versos muy bonitos a mi novia.*

Alejandra: *Me gusta escribir en mi diario lo que siento y lo que me pasa, más cuando me siento triste. Cuando escucho canciones tristes a veces lloro y me pongo a escribir.*

Jorge: *Dicen que hay que expresarse bien: escribiendo y cantando. Pero yo digo que el grafiti también es una forma de expresarse. Leonardo Da Vinci pintaba y era su manera de expresarse. Nosotros también tenemos ese derecho y si no hay lugares, pues ni modo, tenemos que pintar las bardas. Me gusta leer la mitología griega ¡Me inspira!... Una vez dibuje una muchacha con piernas de tigre, garras y alas. Sus pelo con chonguitos. No me salía, primero lo hice en un papel, lo practiqué y después lo pinté en la pared.*

Laura: *Hago dibujos en mi cuaderno: corazones y paisajes.*

4. Crisis religiosas. Las crisis religiosas surgen ante la búsqueda de idealizaciones positivas que le ayuden a superar la angustia por la pérdida de su yo infantil, la separación de sus padres y su posterior muerte. El adolescente puede ser desde un ateo absoluto o un místico apasionado en extremo y cambiar por períodos. El adolescente tiene la necesidad de “hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren la continuidad de la existencia de sí mismo y de sus padres infantiles”.⁵⁷ Knobel considera que el individuo necesita tener idealizaciones para posteriormente construir definitivamente una ideología y valores éticos o morales.

Rodrigo: *La religión es un invento para engañar a la gente. Es mercadotecnia pura, igual que la televisión que nos vende ideas estúpidas.*

Rafael: *Creo en San Juditas, porque es parte de los reggetoneros. Me ha ayudado en cosas que pido, me cuida para que no agarre algún vicio. Voy cada mes a su templo.*

Laura: *Soy creyente, hasta hice mi primera comunión.*

Alejandra: *Sí y no creo. Mi mamá no me lo ha inculcado. No soy tanto de creer.*

Jorge: *Soy católico, pero no creo. Sólo creo en lo que quiero y no en lo que me digan. Respeto a los que creen. Bueno, sí creo en San Judas Tadeo porque me ha hecho favores: mi abuelita tuvo cáncer hace dos años y mi mamá también hace un año y ya están mejor.*

⁵⁷ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *op. cit.*, p. 67.

5. Desubicación temporal. El adolescente tiene dificultades para distinguir presente pasado y futuro. Trata de manejar el tiempo y lo interpreta en tiempo presente y activo. Negar el tiempo es querer detener los cambios, lo que le produce sentimientos de soledad, por esa razón se aísla y se encierra en su cuarto. Cuando el adolescente puede “reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de la adolescencia”.⁵⁸

6. Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad. Se manifiesta a través de la masturbación e inicio del ejercicio genital como preparación hasta que acepta su genitalidad que se exterioriza cuando busca pareja y experimenta una relación sexual. Aparece el amor a primera vista que generalmente se dirige a figuras que idealiza como ídolos: musicales, actores y deportistas.

7. Actitud social reivindicadora. Los padres influyen, en gran medida, en la conducta del adolescente y sufren, también, su proceso de individuación. Al mismo tiempo la sociedad le ofrece otras posibilidades de identificación que son determinantes para su posterior identidad por lo que interviene y determina la forma en que se deberá exteriorizar. Los adultos reciben a la adolescencia con hostilidad e inseguridad por lo que buscan, de cierta forma, aislarlos del mundo adulto poniendo trabas, dominándolos y controlándolos debido a que se sienten amenazados pensando que los van a desplazar. Los adolescentes se tienen que adaptar a las necesidades de una estructura social injusta e incoherente. Ante esta situación el adolescente siente que él no es el que cambia y que la sociedad y sus padres son quienes se niegan a seguir viéndolo como niño por lo que “descarga contra ellos su odio y su envidia y desarrolla actitudes destructivas”⁵⁹ que se manifiestan en conductas antisociales, contradictorias o rebeldes.

8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta. La conducta del adolescente no es “rígida, permanente y absoluta”⁶⁰, sin embargo, trata de buscarla. Su conducta suele ser variable, impredecible y tiende a la acción.

⁵⁸ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *op. cit.*, p. 74.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 95.

⁶⁰ *Ibidem*, p. 96.

9. Separación progresiva de los padres. El duelo por la pérdida de los padres de la infancia se manifiesta alejándose de ellos. Busca una pareja la cual es fundamental para la evolución de su sexualidad.

Rodrigo: *He tenido tres novias, pero todas me han dejado. No soy guapo, soy flaco, moreno, a veces me salen barros horribles. Ya me baño y me rasuro más seguido que antes. Soy un chavo sin futuro. Las chicas siempre quieren al carita, hijo de papi. Siempre voy a ser un solitario.*

Rafael: *Los papás de mi novia se enteraron que tuvimos relaciones y su mamá le prohibió verme y hablarme. Un día salimos a platicar, eran las doce de la noche, su abuelito nos encontró haciéndolo y le pegaron. Nosotros hicimos una promesa que pasara lo que pasara no nos íbamos a separar y hasta hoy lo hemos cumplido.*

Jorge: *Antes era muy malo me gustaba hacer sufrir a la gente. A una novia que tuve la engañaba con otras y la hacía llorar.*

Alejandra: *He tenido muchos novios. Mi último novio me dejó por otra chava más bonita. Pero ya no me importa, ya no sufro como antes. Ahora digo: ¡El que sigue!*

Laura: *No tengo novio, sólo amigos.*

10. Constantes fluctuaciones de humor y del estado de ánimo. En el proceso de la adolescencia el chico manifiesta sentimientos de ansiedad y depresión debido a la elaboración de los duelos que sufre. Es muy frecuente que experimente sentimientos de soledad, frustración, desaliento y aburrimiento. Los cambios de humor fluctúan de la desesperanza a la irritabilidad en períodos rápidos y de poca duración.

En este sentido, el doctor Rodríguez explica que la desvinculación que viven los jóvenes de los padres les provoca ansiedad y como no saben manejarla tienden a sentirse irritables y enojados. Al desvincularse con las figuras parentales para enfrentar el nuevo mundo de su adolescencia les crea un conflicto de adaptación que se puede confundir con depresión. “No es que este deprimido: es un estado de ánimo lábil, un estado de ánimo irritable, es un estado de ánimo de cambio, pero no es depresión”.

Por su parte, el doctor Humberto Rico indica que para detectar si el adolescente padece depresión se deben de observar los cambios radicales anormales que surjan y que estén afectando la vida del adolescente:

El adolescente tiene un desarrollo normal y emocional, es decir, va a la escuela, tiene amigos, tiene buenas calificaciones. Si de repente vemos que ya no va a la escuela o no quiere ir. Ya no se relaciona o lo empiezan a reportar los maestros por agresivo, porque está distraído o no participa, algo está pasando con el chico y los padres deben estar atentos a este tipo de conductas.

Ana, madre de Rodrigo, cuenta que la rebeldía y conducta agresiva de su hijo era cada día más intensa. En reuniones familiares iba mal vestido y no se bañaba. Se puso un piercing en el labio y una camisa negra que nunca se quitaba. Ella toleraba esta situación pensando que eran conductas originadas por la etapa de la adolescencia. Rodrigo en ocasiones se aislaba y se sentía agredido ante los comentarios que hacían sus familiares sobre su apariencia:

Rodrigo era un niño muy cariñoso y risueño, pero se volvió muy agresivo y rebelde. Se alejó de mí y de la familia. Cuando visitábamos a su abuelita y sus primos le decían que se veía "fachudo", que ya se bañara o que parecía malviviente, se ofendía y decía que nadie lo entendía, que ellos no sabían lo que él sentía. Se levantaba furioso y me exigía que nos fuéramos porque no soportaba estar ahí. Sólo quería estar en la calle con sus amigos, no le gustaba convivir con la familia. Sus cambios de humor eran constantes y repentinos.

Esperanza, madre de Jorge, comenta que su hijo se volvió agresivo y rebelde. Nunca había tenido problemas en la escuela hasta el segundo grado de secundaria. Reprobó materias y constantemente tenía conflictos con sus profesores y compañeros:

Mi hijo era muy tranquilo, jugaba, hacía travesuras como cualquier niño. En la primaria nunca tuve problemas con él. Cada año le daban diploma por buen aprovechamiento. Antes casi no salía, se portaba bien pero cuando cumplió trece años comenzó a cambiar. Se enojaba y gritaba por cualquier cosa insignificante. Me enojaba con él y yo también le gritaba. Casi a diario me mandaban a llamar de la escuela porque se peleaba con sus compañeros. Con sus maestros tuvo problemas: lo callaban, lo sentaban o lo ponían a trabajar y eso le molestaba mucho. No le gusta que lo mandaran. Entraba a la escuela pero no a clases y se la pasaba jugando.

Gabriela, madre de Alejandra, relata que su hija desde los ocho años presentó problemas de conducta. No tenía muchas amigas, sin embargo, a pesar de ser muy sociable frecuentemente se peleaba con sus compañeras porque le gustaban los niños lo que originó que conviviera más con niños que con niñas:

Era una niña muy obediente, hacía sus cosas ella solita. Tenía un proceso normal en su desarrollo. Sus maestros sólo me decían que platicaba mucho. En quinto año de primaria comenzó a ser más rebelde. Tuvo muchos conflictos con las niñas porque los niños le gustaban. Cuando cursaba el sexto grado tuvo un altercado con una niña: se golpearon por un niño. Se volvió manipuladora, mentía mucho. Después, cuando entró a la prepa se encerraba en su cuarto y no convivía, se aislaba.

Gloria, madre de Rafael, cuenta que sus hijos mienten mucho y se volvieron rebeldes y agresivos desde que su esposo los abandono. Tanto en la escuela como en su hogar tuvieron problemas de conducta:

Mis hijos nunca me han dicho groserías pero si me contestan y me retan. Eso me daba mucho coraje y los insultaba. Adrián (hermano de Rafael) cada rato me dice que no lo quiero; la doctora dice que tiene problemas emocionales. A Rafael lo llevaba a la clínica de la conducta desde los seis años. Cada rato me mandaban a hablar de la escuela: porque ya le había contestado al maestro o porque había molestado a un amiguito. No me daba los citatorios, a veces ni me enteraba de los problemas que tenía.

Adriana, madre de Laura, relata que desde el parto su hija tuvo dificultades lo que la obligó a buscar diferentes alternativas para ayudarla. Sin embargo, a pesar de saber que la niña tenía problemas aprendizaje acudió a diversas instituciones quizás esperando que alguien le diera otro diagnóstico diferente:

Cuando ella nació tuve problemas en el parto. Se me pasaron las contracciones y me la sacaron con fórceps. Se le hicieron unos hematomas en la cabeza. Al salir del hospital la llevé con un doctor particular y me dijo que se iba a poner mal porque su bilirrubina se estaba acumulando (Ictericia neonatal)⁶¹ y tenía una dislocación de cadera. La llevé a urgencias, la internaron y la tuvieron en una incubadora. Se le contaminó la sangre y le hicieron una transfusión. Varios meses la llevé con un ortopedista hasta que se le compuso su cadera. A los dos años ingresó a un kínder de paga. Yo la veía seria y tranquila pero mi mamá y mis hermanas me decían que no era normal. Me enojaba y les decía que ella era así. La directora en una ocasión me dijo que había observado a mi hija y que tenía problemas de aprendizaje, ella me canalizó al DIF. Ahí me dijeron que su problema era psicomotor porque sus movimientos eran muy bruscos y no coordinaba. Le dieron terapias de coordinación y corporales. Le mandaron medicamentos porque sus sueños no eran tranquilos. Despertaba llorando con pánico y me desconocía. Estuvo varios meses en terapias. Después, la llevé al Hospital General, ahí le hicieron varios estudios. Me harté de todo y busqué otros medios para ayudarla.

Como hemos visto en el proceso de la adolescencia se experimentan cambios fisiológicos, físicos, psicológicos y sociales que provocan que algunos chicos presenten conductas inestables, cambios de humor frecuentes y repentinos, se sientan tristes, incomprendidos, rebeldes, desconfiados, apáticos o ansiosos mientras se reconocen, aceptan y se transforman en adultos. Asimismo, recordemos que la depresión muchas veces es difícil diagnosticar por lo que es de vital importancia conocer dicho proceso para poder identificar cuando el adolescente presenta cambios de humor o conductas inherentes a su desarrollo y cuando de un trastorno. Particularmente, creo que no es tan fácil reconocer el límite tan tenue que separa a la depresión de dichos cambios, salvo como afirman diversos autores éstos sean anormales o extremos. Las transformaciones que sufren los adolescentes no son fáciles por eso es necesario que los padres y maestros les den información, apoyo, comprensión y confianza, orientándolos y explicándoles el proceso de la adolescencia y todos los cambios que van a experimentar para hacer esta transición menos conflictiva. Conocer las etapas de

⁶¹ Ictericia neonatal: Según los expertos cuando la bilirrubina se acumula en la sangre, la piel y la parte blanca de los ojos se ponen amarillentos. Los niveles altos de bilirrubina pueden ocasionar daño cerebral.

la adolescencia con sus características permitirá entender al joven para ayudarlo en el proceso evolutivo dirigido hacia la búsqueda de su identidad y autonomía necesarias para convertirse en adulto. Así, se podrán evitar las crisis y enfrentamientos que se generan en la familia y por añadidura ésta podrá actuar como un factor protector de otro tipo de problemáticas como veremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

¡MI FAMILIA NO ME ENTIENDE!

En el seno de la familia hay enseñanza pero no al modo de la enseñanza escolar dentro de la educación formal. La enseñanza consiste en la ostensión del obrar personal en la vida cotidiana de cada miembro, que no se dice sino que se muestra.⁶²

Francisco Altarejos Masota

Tengo muchos problemas con mi esposo porque es alcohólico y me golpea. Es agresivo y nos habla con groserías. Mis hijos le dicen: ¡Ya papá deja de tomar! Y él enojado les contesta: ¡No me estén ...! Por eso me pongo neurótica y loca. Mis hijos son desobedientes, me contestan y me retan. Yo les grito y los insulto porque: ¡Soy su madre y me tienen que obedecer!

Mi madre tuvo nueve hijos por eso pienso que ni oportunidad le dio de darnos el cariño que necesitábamos. No nos abrazaba ni nos apapachaba. Nos decía lo bueno y lo malo. Mis papás nos insultaban y regañaban mucho. Veíamos a mi papá como golpeaba a mi mamá. -Relata Gloria.

Rafael: *Mi mamá es con la que más peleo. No podemos estar juntos porque siempre estamos peleando. Me mienta la madre y la callo, por eso prefiero estar con mi papá. A ella la tiro de a loca y no le hago caso. Me gustaría que cambiara su modo de hablar y de pedir las cosas porque siempre me insulta.*

Mi papá se transforma en otra persona cuando toma. A mi mamá la ofende y le pega. Discuten mucho. A veces me salgo o me quedé callado porque si le digo que no la trate mal me regaña y me dice que no me debo de meter en sus problemas. Cuando está en su juicio nos dice muchas groserías. ¡Ya le bajo! Tomaba diario y ahora sólo cada ocho días.

La familia, los amigos, el entorno escolar y la sociedad en su conjunto desempeñan un papel fundamental en el desarrollo integral del adolescente debido a que en estos contextos sociales se desarrolla física, cognitiva y emocionalmente, por tal motivo, es importante resaltar las funciones que tienen cada una de estas instituciones y su influencia en el sujeto para la consecución de su autonomía, identidad, habilidades para la vida y todos aquellos elementos que le ayudaran a lograr una madurez apropiada.

Algunos autores señalan que la familia es vital para el pleno desarrollo del individuo debido a que le brinda alimento, vestido, cuidado, amor, seguridad, etcétera a

⁶² Aurora Bernal, et al., *La familia como ámbito educativo*, Madrid, Rialp, 2005, Colección textos del Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra, p. 43.

sus miembros, estos factores les dan la posibilidad de formarse como seres con una estructura psíquica, física y emocional estable.

Por su parte, Ramón Florenzano Urzúa, en su libro *El adolescente y sus conductas de riesgo*, define a la familia nuclear como “la unión de un hombre y una mujer, generalmente de ascendencias diversas y sin lazos de consanguinidad, que habitualmente viven con su prole, en lugar privado y separado”.⁶³ Cuando en este tipo de familia se incluye a los hijos casados con sus parejas y descendientes se le denomina familia extendida. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que existe diversidad de familias formadas por parejas que no están unidas en matrimonio; familias monoparentales (uno de los progenitores con su descendencia) o familias reconstituidas (uno de los padres que se une a una nueva pareja y pueden tener o no hijos). La estructura familiar va a depender, también, del contexto social y cultural en el que se desenvuelve el individuo.

Para Luis Flaquer la familia “es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos”.⁶⁴ Asimismo, afirma que la familia es fundamental para que sus miembros se fijen aspiraciones, valores y motivaciones, también es la responsable de su estabilidad emocional.

Las madres de los adolescentes entrevistados nos cuentan cómo está constituida su familia:

Gabriela (madre de Alejandra): *El papá de mi hija es coordinador de una empresa de seguridad privada y yo soy maestra en una escuela particular. Estuve viviendo con él dos años y después no separamos. Los dos rehicimos nuestra vida con otras parejas. Después de que nos separamos, dos meses no me dio dinero, ni se hizo responsable. Cuando iba por Alejandra peleábamos mucho. No nos podíamos ver porque nos peleábamos. Con el tiempo se responsabilizó. Ahora cumple con todas las obligaciones que tiene como padre: escuela, alimentación, ropa, va por ella cada ocho días, aunque no hay un acuerdo legal. Alejandra tiene dos hermanitas más pequeñas una de 10 años y una de 5 años. Ellas son hijas de diferente papá.*

Ana (madre de Rodrigo): *Me casé con el papá de Rodrigo pero a los cuatro años me divorcié porque nunca fue responsable. Nos trataba muy mal. Él era electricista en una empresa y yo soy empleada. Cuando nos separamos se salió de trabajar para que no lo obligaran a darme pensión alimenticia. Después de tres años conocí a Ernesto, para mi hijo él fue como un padre. Siempre estuvo al pendiente de lo que le hacía falta pero después de varios años de vivir juntos, nos abandonó sin darme ninguna explicación.*

⁶³ Ramón Florenzano Urzúa, *El adolescente y sus conductas de riesgo*, Chile, Universidad Católica de Chile, 1998, pp. 61-62.

⁶⁴ Luis Flaquer citado por Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa, *Psicología social de la familia*, Barcelona, Paidós, Serie: Temas de psicología, 2000, 3ra. edición, p.52.

Gloria (madre de Rafael): *Mi esposo es alcohólico pero tomado o no él se presenta a trabajar. Él es mecánico, tiene poco que se independizó. Mi hijo el menor tiene 13 años y mi hija tiene 12 años. Yo me dedicó al hogar porque mi esposo no me deja trabajar, dice que mis obligaciones son estar con mis hijos, darles de comer, lavarles y plancharles.*

Adriana (madre de Laura): *Actualmente trabajo de mesera. Me casé con el papá de mi hija la mayor a los dieciséis años. Sólo duramos dos años y después me separé de él. Estábamos muy jóvenes los dos. Nunca nos independizamos. Me llevó a vivir con sus papás y hubo muchos problemas. Él se iba de viaje por su trabajo y me dejaba con sus papás, tardaba dos o tres meses en regresar. Nunca quiso salirse de su casa. Pasaron once años para que tuviera otra relación. El papá de Laura fue mi segunda pareja. Nuestra relación duró casi cinco años, pero nunca vivimos juntos. Él casi no estaba pendiente de mi hija porque se iba temporadas largas por su trabajo y vivía en el estado de Hidalgo. Tiene más de dos años que no sabemos nada de él. Yo me he tenido que hacer responsable de todo.*

Esperanza (madre de Jorge): *Desde que me casé me he dedicado al hogar. Mi esposo es auxiliar de topógrafo y sale mucho de viaje. Él es muy cumplido con sus obligaciones. Mi hijo más pequeño tiene ocho años y se llevan bien con su hermano.*

El doctor Héctor Rodríguez afirma⁶⁵ que en México no existe un sólo un tipo de familia estándar debido al gran número de divorcios y separaciones. Este hecho trae como consecuencia que los padres no se responsabilicen de sus hijos y se generen problemas que repercuten en la vida de los adolescentes:

La madre va a velar por el dinero para la alimentación de sus hijos y si el marido no quiere darle se crea un conflicto. Los chicos necesitan a ambos padres. No importa que se hayan divorciado, deben de ser altamente responsables. Responsabilidad significa que adopten su rol adecuado como padres, que acuerden ver a los hijos y se involucren en su educación.

Por otra parte, Florenzano destaca que la familia tiene diversas funciones:

- **Seguridad emocional y psicológica.** *Da seguridad, protección, cariño, amor y compañía a sus miembros.*
- **Social.** *Determina las reglas y normas acerca de la procreación y la conducta sexual. Crianza y socialización de los hijos. Cuidado a sus integrantes enfermos o discapacitados.*
- **Económico.** *Provee alimentación, casa, vestido y seguridad física.*
- **Político.** *Ofrece orden y estabilidad a la sociedad.*

La familia coadyuva al desarrollo personal adecuado de los adolescentes debido a que ésta le brinda educación, amor, protección, seguridad, establece reglas, propicia metas e inculca valores. El doctor Héctor Rodríguez explica que la familia que aporta todos estos elementos al adolescente lo va a ayudar a madurar de forma apropiada. Sin embargo, hay otras familias donde hay muchos problemas: económicos, sociales, de

⁶⁵ Entrevista con el Dr. Héctor Rodríguez Juárez, México, D.F., 20 de julio de 2010.

pareja repercutiendo en el desarrollo del adolescente porque no va a tener una familia “de soporte para poder ayudarlo. El chico se va distanciar fácilmente de la familia y va a ser problemático”, puntualiza.

Los hijos aprenden... lo que ven

La familia y la escuela son las instituciones de socialización más importantes. Ambas desarrollan una función socializadora, educadora y cultural. De acuerdo a Francisco Altarejos Masota, en el libro *La familia como ámbito educativo*, destaca que la crianza de los hijos es la misión de la familia y le da sentido a la convivencia diaria de sus integrantes. Asimismo, afirma que la familia es “una unidad productiva, reproductiva y socializadora”.⁶⁶ Los padres ayudan a sus hijos a crecer como individuos para que, en un momento adecuado, puedan “producir, reproducirse y socializarse, así mismos y a otros”.⁶⁷ A esta labor fundamental se le conoce como educación y es la misión principal de la familia.

Diversos autores, indican que la familia en su función educadora le facilita al individuo desde la niñez, el aprendizaje del lenguaje, habilidades cognitivas, valores sociales y morales. De forma paulatina transmite las tradiciones, costumbres, creencias, usos y convicciones de la sociedad a la cual pertenece. En el proceso de socialización familiar los padres son los modelos a seguir e instruyen afectiva y emocionalmente a los hijos.

Por su parte, Eugenio González, en su libro *Padres, hijos y amigos: La educación de los adolescentes*, afirma que la familia “a través del proceso de socialización hace que las normas sociales y los valores culturales sean interiorizados, asimilados e integrados en la personalidad psíquica de sus descendientes hasta convertirse en parte integrante de la misma”.⁶⁸ Además, reproduce en sus hijos los “esquemas culturales y los valores sociales vigentes en el seno de la sociedad de la que forma parte”.⁶⁹

⁶⁶ Aurora Bernal, et al., *op.cit.*, p. 28.

⁶⁷ *Idem.*

⁶⁸ Eugenio González, *Padres, hijos y amigos: La educación de los adolescentes*, Madrid, CCS, Colección: EDUCAR, 2005, pp. 22-23.

⁶⁹ *Ibidem*, p.24

De igual manera, y como elemento fundamental de la socialización familiar, los estilos o modelos educativos, es decir, las formas que los padres tienen de educar o criar a sus hijos, repercuten en el bienestar emocional, crecimiento intelectual y competencia social de los hijos. Dichos estilos transmiten las normas de convivencia social, formas de ser e influyen en su conducta, comportamiento y actitudes.

El autor del libro *La familia: su dinámica y tratamiento*, doctor Juan Manuel Saucedo aseguró, en el curso *Principios de la Enfermedad Mental*⁷⁰ y de acuerdo a Mrazek (1995), que una buena crianza favorece el desarrollo de los niños aunque recalcó que los trastornos psiquiátricos no se deben a la forma en como los padres tratan a los niños, sino que hay factores biológicos, sobre todo de tipo hereditario, que son considerados factores de riesgo y que influyen para que surjan estos problemas, sin embargo, reconoció que aún en estos casos una buena crianza es de mucha ayuda:

No todo depende de la crianza, para que un niño se desarrolle normalmente basta con que tenga una buena crianza. Sin embargo, la crianza pobre es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología. La forma de educar a los niños y criarlos va cambiando, muchas veces, por influencias culturales, pero también cambia con el paso del tiempo. No se puede dar el mismo trato a un niño pequeño, a un niño mayor que a un adolescente.

Susana Torío López y colaboradores, en su reseña *Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica*, siguiendo a diversos autores, explican que los modelos educativos son el resultado de la interrelación y combinación de las siguientes variables: afecto en la relación, grado de control, grado de madurez y comunicación que se da entre padres e hijos produciendo experiencias educativas en la vida familiar y que influyen en el desarrollo de los hijos y describen las variables involucradas en dichos estilos:

El **apoyo** es la conducta de los progenitores que hace que el niño se sienta aceptado como persona. Toma varias acepciones: aceptación, amor, aprobación, expresión de palabras afectivas o elogios, alabanzas, etcétera. El **control** es la conducta de los progenitores hacia el hijo cuyo objetivo es dirigir sus acciones. Es el regulador de la disciplina familiar que se ejecuta en el hogar y se ejerce como:

⁷⁰ Juan Manuel Saucedo García, "Crianza", ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

restricción, dominio o coerción. La **madurez** son los retos y exigencias que imponen los padres a los hijos. La **comunicación** hace posible la convivencia familiar y ayuda a transmitir normas, decisiones, acciones, sentimientos, dudas y todos aquellos aspectos que refuerzan y mantienen una interacción emocional y entendimiento adecuado en las relaciones familiares. El **poder** es el “potencial que un individuo tiene para obligar a otra persona a actuar de modo contrario a sus propios deseos”.⁷¹

Cabe destacar que las prácticas parentales son tendencias de comportamiento y sus variables pueden o no aplicarse en su conjunto e incluso pueden hacer uso de su antagónico dando como resultado diferentes estilos de crianza o educación.

Diana Baumrind, pionera en el estudio de los estilos parentales de socialización en la década de los sesentas, realizó investigaciones al respecto cuyo objetivo fue conocer la influencia de las conductas de los padres y sus efectos en la personalidad del niño. Al combinar las variables: control, afecto y comunicación diferenció tres tipos de estilos educativos que utilizan los padres para controlar la conducta de sus hijos. De acuerdo a Susana Torío y colaboradores, y siguiendo a diversos autores, se describen los estilos que determinó Baumrind:

Padres autoritarios. Dan gran importancia a la obediencia, la dedicación a las tareas asignadas, la tradición y el orden. Están a favor de los castigos y mantienen subordinados a sus hijos limitando su autonomía. Influyen, controlan y evalúan su comportamiento de forma rígida. La comunicación es unidireccional de padres a hijos. Este estilo repercute negativamente sobre la socialización de los hijos y trae como consecuencias: falta de autonomía personal y creatividad, así como baja autoestima. El individuo es poco comunicativo y afectuoso. Tienen poca constancia para lograr sus metas.

Padres permisivos. Brindan autonomía a sus hijos cuidando que no pongan en peligro su supervivencia. Las normas y límites establecidos son difusos. El control y la autoridad son escasos o inexistentes originando conductas antisociales. Son dependientes, inmaduros y tienen menor nivel de éxito personal.

⁷¹ Susana Torío López, José Vicente Peña Calvo y María del Carmen Rodríguez Menéndez, “Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica”, [en línea], Ediciones Universidad de Salamanca, abril de 2008, Dirección URL: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/988/1086, [Consulta: 9 de junio de 2010], p.155.

Padres autoritativos o democráticos. Dirigen las actividades de su hijo estableciendo roles y conductas maduras de manera razonada y negociando. Existe el diálogo y cada integrante de la familia tiene derechos y responsabilidades con respecto al otro, de esta forma se reducen los conflictos. Este estilo coadyuva en el desarrollo de competencias sociales y autoestima alta.

A continuación se presenta una tabla-resumen de los estilos educativos y sus efectos en el desarrollo de los hijos, de acuerdo a Susana Torío y colaboradores:

TABLA 2. ESTILOS DE EDUCACIÓN FAMILIAR Y COMPORTAMIENTO INFANTIL

Tipología de socialización familiar	Rasgos de conducta parental	Consecuencias educativas sobre los hijos
<i>DEMOCRÁTICO</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Afecto manifiesto • Sensibilidad ante las necesidades del niño: responsabilidad • Explicaciones • Promoción de la conducta deseable • Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas (privaciones, reprimendas) • Promueven el intercambio y la comunicación abierta • Hogar con calor afectivo y clima democrático 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia social • Autocontrol • Motivación • Iniciativa • Moral autónoma • Alta autoestima • Alegres y espontáneos • Autoconcepto realista • Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales • Prosocialidad dentro y fuera de la casa (altruismo, solidaridad) • Elevado motivo de logro • Disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos
<i>AUTORITARIO</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Normas minuciosas y rígidas • Recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas • No responsabilidad paterna • Comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de diálogo) • Afirmación de poder • Hogar caracterizado por un clima autocrático 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autonomía y autoconfianza • Baja autonomía personal y creatividad • Escasa competencia social • Agresividad e impulsividad • Moral heterónoma (evitación de castigos) • Menos alegres y espontáneos

<i>NEGLIGENTE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas • Responden y atienden las necesidades de los niños • Permisividad • Pasividad • Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones • Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños • Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas • Acceden fácilmente a los deseos de los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja competencia social • Pobre autocontrol y heterocontrol • Escasa motivación • Escaso respeto a normas y personas • Baja autoestima, inseguridad • Inestabilidad emocional • Debilidad en la propia identidad • Autoconcepto negativo • Graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad • Bajos logros escolares
<i>INDULGENTE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No implicación afectiva en los asuntos de los hijos • Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo • Inmadurez • Alegres y vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa competencia social • Bajo control de impulsos y agresividad • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo • Inmadurez • Alegres y vitales

Esta clasificación es una adaptación de Susana Torío López, José Vicente Peña Calvo y María del Carmen Rodríguez Menéndez, tomando las aportaciones de COLOMA (1993a y 1994b), RODRIGO y PALACIOS (1998), VILA (1998), PEREIRA y PINO (2002), junto con la investigación de LAMBORN, MOUNTS, STEINBERG y DOURNBUSCH (1991).⁷²

De acuerdo a diversas investigaciones el modelo democrático es el más adecuado en el desarrollo de la personalidad del individuo, estimula sus capacidades y habilidades de comunicación y socialización. Además de que existe un equilibrio entre afecto y autoridad dentro de un marco de normas y límites.

Por otro lado, Musitu y colaboradores, en su libro *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*, señalan que el objetivo primordial de la socialización familiar en la adolescencia es que el individuo sea independiente y

⁷² Susana Torío López, José Vicente Peña Calvo y María del Carmen Rodríguez Menéndez, "Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica", [en línea], ediciones Universidad de Salamanca, abril de 2008, Dirección URL: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/988/1086, [consulta: 9 de junio de 2010], p. 164-165.

autónomo por lo tanto es recomendable realizar cambios en las prácticas parentales de tal forma que los padres ejerzan menos su autoridad y poder, deben de ser más responsivos y flexibles con las necesidades de los adolescentes con el fin de aumentar su responsabilidad y confianza en un contexto familiar unido y rodeado de afecto, así aspectos como: los conflictos familiares, normas y reglas, niveles de supervisión y control, relaciones con los amigos estarán más en equilibrio con su desarrollo personal.

La mejor disciplina y la más efectiva “la proporciona y la exige un progenitor afectuoso. Los padres quieren al niño incondicionalmente pero eso no significa que le toleren todo”, asegura el ex subdirector del Instituto Nacional de Salud Mental del DIF, doctor Juan Manuel Saucedo. El experto asegura que a los adolescentes no les gustan que los supervisen, sin embargo, los padres siempre deben de estar al pendiente de ellos pero respetando sus derechos y sin entrometerse demasiado en su vida personal. En este aspecto, también funciona la crianza autoritativa. “Deben existir controles pero respetando las necesidades de los hijos. En una crianza normal se deben disminuir éstos de acuerdo a la maduración del adolescente cuando demuestre que puede hacer un uso razonable de su libertad”.

Las madres entrevistadas relatan cómo es la relación familiar y la manera en que han educado a sus hijos. De igual manera, los adolescentes nos cuentan cómo perciben el tipo de educación que les han dado sus padres:

Gabriela (madre de Alejandra): *Mi hija tiene una buena relación con mi esposo porque él no le pone límites. No le dice lo que está bien y lo que está mal. Yo soy muy gritona. He tratado de cambiar pero ella ya me superó, también mis otras dos hijas gritan. Todos gritamos aunque he tratado de mejorar. Soy muy poco amorosa porque también mi familia no es amorosa. Hasta la fecha, han pasado mil años y mi mamá nunca me ha dado un beso, ni un abrazo. Como no vi nada de eso, era muy difícil que yo me acercara a mi hija. No porque no la quisiera. Se me hacía muy difícil acercarme a ella pero traté de romper esa cadena. Me costó mucho trabajo: dormir junto a ella, abrazarla y despedirme de besito. Por eso siento que Alejandra es así, sin embargo, la experiencia con ella me ayudó a ser diferente. A mi hija más chiquita ya le puedo decir lo mucho que la quiero y ella también me lo dice. Soy muy exigente, bueno, no tanto. Nunca le he exigido excelentes calificaciones, sino lo que ella pueda dar que lo haga, pero bien. Me molesta que: no cumpla con sus tareas en su tiempo; no ayude en casa, mienta y no me diga la verdad. Todo eso me hace explotar. Le gritó y le he dado nalgadas, cuando puedo, porque ya se me pone. Como padres hemos sido muy permisivos, la complacemos en todo. Siempre la hemos protegido para que no se complique la existencia. Le hemos dado de más. Ella no pedía, le dábamos todo lo que creíamos que necesitaba.*

Alejandra: *Mi mamá nunca ha tenido autoridad sobre mí y mis hermanas porque mi abuela se mete en todo. Mi abuela es muy autoritaria y exigente. Mi mamá es como "equis". La que manda es mi abuela. Mi mamá parece mi hermana mayor. Cuando era más chiquita si me gustaba está situación porque si mi mamá me pegaba yo la acusaba con mi abuela o si me mandaba hacer algo y no lo hacía. En ocasiones mi mamá me daba permiso para salir y mi abuela me lo negaba y regañaba a mi mamá. Mi papá nunca me ha pegado pero sí me ha dicho cosas feas que me han lastimado.*

Esperanza (madre de Jorge): *Habló mucho con él, trato de ser paciente. He cambiado porque antes él gritaba y yo también. Ahora si se enoja lo dejo un rato nos tranquilizamos y después platicamos. Después de las terapias una de las conductas que hemos modificado es la guerra de poder: tú me gritas, yo te grito, y a ver quién grita más fuerte. Ya no se oyen gritos en la casa. Antes lo mandaba hacer algo y si quería lo hacía y ahora me impongo y lo hace.*

Jorge: *Ayudo a mi mamá en lo que puedo; cuando todavía no está lista la comida me preparo algo de comer. Arreglo mi cuarto y a veces mi ropa. Antes me mandaba a hacer algo, me molestaba y no lo hacía. Cuando le preguntaba a mi mamá: ¿Y mi pantalón? me contestaba: ¡Está sucio! ¿Y mi playera? ¡Está sucia! Tuve que hacerlo porque ella ya no podía porque se enfermó. Ahora lavo hasta la ropa de mi hermano. Antes mi mamá me mandaba a hacer algo y no lo hacía, le gritaba y me desaparecía.*

Adriana (madre de Laura): *De repente se aloca y es un poco floja. No hace las cosas bien. Cuando ya me ve enojada se aplica. No me gusta pegarle pero a veces es necesario. No precisamente le pego pero si le doy un jaloncito. No me gusta pegarle, ni maltratarla pero ella me obliga porque no me obedece y no hace las cosas como yo le digo.*

Laura: *Mi mamá me regaña porque no hago las cosas bien.*

Ana (madre de Rodrigo): *Creo que he sido demasiado permisiva con mi hijo. Me ha costado mucho trabajo ponerle límites y tener autoridad. Quise darle todo lo que a mí me hizo falta. Cuando necesito más supervisión, apoyo y hablar conmigo yo estaba muy deprimida y no me di cuenta que él también estaba sufriendo. En ese tiempo no le di el amor y la atención que necesitaba, creo que por eso buscó más a sus amigos porque necesitaba quien lo escuchara. Mis padres siempre estaban peleando: Nunca fueron cariñosos, ni me decían que me querían, ni les importaba que sentía o pensaba. Crecí con la idea de que no me querían y siempre busqué su aprobación, aprecio y cariño.*

Rodrigo: *Mi mamá es buena persona pero casi no estaba conmigo por su trabajo y después porque se deprimió. Me quiere mandar, se enoja cuando no hago lo que ella quiere pero después se le olvida. Me dice que me quiere y me abraza pero siento que ella tiene la culpa porque no tengo una familia, no tengo hermanos y mi papá nunca ha estado conmigo, ni lo conozco. Él nunca me ha buscado, ni sabe si vivo o muero: ¡Nunca me ha querido!*

La importancia de la comunicación en la familia

El doctor Enrique Dulanto resalta que un adecuado marco de referencia brindará al adolescente una mejor calidad de vida debido a que estimula un desarrollo psicosocial y afectivo desde la infancia, promoviendo el desarrollo de capacidades como: la comunicación y las relaciones humanas. Los padres enseñan dichas capacidades y se ponen en práctica en el ámbito social infantil. Cuando este proceso

de individuación es adecuadamente guiado propicia que el adolescente tenga interés por la vida y se responsabilice de sí mismo. De igual forma, si la escuela es un núcleo positivo promoverá el desarrollo de las capacidades que le faciliten vivir su adolescencia con plenitud y confianza.

Por otro lado, la psicóloga Josefina Barrón Barrera, psicóloga adscrita al CECOSAM Iztapalapa, recalca⁷³ que la familia es la base de la sociedad y es fundamental en el desarrollo del adolescente. Aunque su estructura puede variar, lo más importante es que exista comunicación y confianza entre sus miembros. Abunda, al chico se le debe dar la oportunidad de divertirse pero en la familia debe haber ciertas reglas y límites que el joven y el niño deben respetar. La comunicación tiene que ser asertiva en donde se le de al adolescente la facilidad para que tome sus propias decisiones pero contando con la orientación de los padres, llegar a acuerdos pero respetando esas reglas y límites que van a moldear su personalidad, asegura la experta.

Las investigaciones han demostrado que entre los factores de riesgo en la familia la falta o inadecuada comunicación entre sus miembros se relaciona con el desarrollo de problemas de salud mental como: depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, “La comunicación abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente”.⁷⁴

La comunicación es inherente al ser humano. Es un proceso interactivo y bidireccional por medio del cual se trasmite información entre dos o más individuos a través de un código (pueden ser signos orales y escritos) los cuales tienen un significado que están establecidos convencionalmente. La comunicación puede ser verbal y no verbal (gestos, miradas, silencios, postura etcétera).

En ese sentido, Adelina Gimeno, en su libro *La familia: el desafío de la diversidad*, resalta que la comunicación no verbal se manifiesta con expresiones del rostro que pueden significar emociones como: alegría tristeza o llanto o conductas

⁷³ Entrevista con la Dra. Josefina Barrón Barrera, México, D.F., 5 de agosto de 2010.

⁷⁴ Estefanía Estévez López, Gonzalo Musitu Ochoa, Juan Herrero Olaizola, “El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente”, [en línea], México, vol. 28, núm. 004, Agosto de 2005, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58242809.pdf> [consulta: 18 de junio de 2010], p.83.

corporales afectivas o agresivas que tienen un código universal. Frecuentemente, el mensaje no verbal es reforzado o complementa el mensaje verbal.

Por otro lado, la especialista en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes, doctora Josefina Barrón explica que algunos padres ante algún problema con sus hijos no saben cómo decirles lo que sienten y terminan por insultarlos o devaluarlos lo que repercute seriamente en su autoestima y desarrollo psicosocial:

Muchas veces los padres comenten el error de decirle al niño: “tonto o inútil”, lo lastiman y él crece creyéndolo. Hay padres que no saben expresar sus sentimientos y es difícil que manifiesten su cariño con palabras, les dicen a sus hijos: ¡No sales! ¡No hagas esto...! Pero no les dicen el porqué. Tienen que expresarles lo que sienten: “Me duele...”; me preocupa...; porque te quiero hago esto. Así, el chico puede entender los verdaderos motivos por los que los sus padres actúan de determinada forma y se evitan los enfrentamientos.

Los chicos entrevistados y sus padres nos relatan cómo es su comunicación familiar:

Alejandra: *Cuando era niña mi mamá me regañaba muy feo y me pegaba. Una de mis compañeras se llevaba muy bien con su mamá, platicaban, se entendían y pensaba que quería tener una mamá como ella. Mi papá iba por mí los fines de semana y no platicábamos para nada, desde que me subía al coche hasta que me traía de regreso a la casa. Íbamos a comer, al cine o pasear pero no hablábamos. Cuando estudiaba la secundaria no hablaba con mi mamá. En las mañanas estaba trabajando y en las noches me quedaba en la cocina haciendo mi tarea y ella se iba a dormir y ni en cuenta. Nunca se ha prestado para platicar, siento que no me entiende. Ahora platico un poquito más con ella, pero si le cuento como son mis amigas, me prohíbe que me junte con ellas. Ni para contarle porque a los cinco minutos ya lo sabe toda la familia. ¡Mejor no le cuento nada!*

Gabriela (mamá de Alejandra): *Antes no platicaba conmigo. Ahora platica más de lo que le pasa. Dicen que los padres deben de ser amigos de los hijos y no estoy de acuerdo. Los padres deben estar para poner límites, apoyarlos y darles lo que necesiten. Muchas veces me ha dicho que no la entiendo y que no la escucho pero porque la corrijo.*

Jorge: *No me gusta salir con mis papás. A veces, platico con ellos pero no les platico todo lo que me pasa.*

Esperanza (mamá de Jorge): *Todos los fines de semana comemos juntos. Tratamos de estar bien, platicamos. Como todas las familias en ocasiones tenemos desacuerdos pero tratamos de arreglarlos. Cuando mi esposo tiene mucho trabajo y no tiene quien le ayude se lleva a Jorge, conviven y platican. Nos comunicamos bien, cuando él quiere platicar no importa la hora que sea lo escucho: platicamos de su novia, de sus primos y de la escuela, de sus amigos casi no porque él sabe que no me agradan.*

Laura: *Veo poco a mi mamá, no hablamos mucho. Muy pocas veces, salimos a pasear o al cine.*

Adriana (mamá de Laura): *Casi no nos vemos porque llegó de trabajar a las once de la noche y ella ya está dormida por el efecto del medicamento por eso es difícil platicar. En la mañana la veo un rato en el desayuno, le preguntó cómo está y le deseo suerte en la escuela pero casi no tengo tiempo de hablar con ella. Pero cuando estamos juntas la abrazo y trato de convivir con ella.*

Rafael: *Con mi papá convivo más. ¡Nos llevamos bien! Echamos coto. Cuando me peleo o tengo problemas no les platico nada porque me regañan, prefiero resolverlo yo solo como pueda.*

Gloria (mamá de Rafael): *Mis hijos casi no me cuentan sus cosas, porque ya saben que cuando están mal los corrijo, pero como son muy rebeldes se enojan y comenzamos a discutir, los regaño y los insulto.*

Rodrigo: *Mi mamá me da lo necesario pero no platicábamos ni convivíamos cuando más la necesité porque se la pasaba llorando. Ahora quiere que le cuente mis cosas pero es mejor así, nunca me ha entendido. No me deja que tome mis propias decisiones y si le comento algo me critica o cree que ella tiene la razón y terminamos discutiendo.*

Ana (mamá de Rodrigo): *Trato de platicar con él pero en ocasiones ni me contesta o le molesta que le pregunte acerca de quiénes son sus amigos o qué hacen. Dice que si me cuenta no lo voy a entender. Lo abrazo y le digo que lo quiero. Él sabe que si necesita platicar conmigo lo voy a escuchar pero es muy hermético.*

Diversas investigaciones señalan que los problemas de comunicación tienen de fondo un problema personal ya sea por situaciones de estrés o de desarrollo personal como:

Baja autoestima, miedo a equivocarse o a perder, miedo a no ser perfecto, el miedo a lastimar o a ser lastimado física o psicológicamente (crítica, pérdida, de estatus y admiración), activa o pasivamente, el miedo a la pérdida afectiva o a la ruptura de una relación, y un sinnúmero de creencias irracionales.⁷⁵

Asimismo, otros factores como el autoritarismo, egocentrismo, agresividad, baja asertividad, y la falta de habilidades sociales producen una mala comunicación.

La comunicación es esencial en el funcionamiento familiar debido a que facilita la interacción entre sus miembros. La comprensión, la empatía son elementos de la buena comunicación debido a que estimulan la proximidad entre sus integrantes, sentimiento de pertenencia y unión familiar. En ese sentido, la doctora Gama expresa que la comunicación también implica la expresión de afectos entre los miembros de la familia: "La comunicación clara, directa, asertiva, es fundamental para cualquier tipo de relación humana. Si ésta se logra entre los padres y los adolescentes, la convivencia será satisfactoria y propiciara una adecuada integración familiar", enfatiza la especialista.

En ese sentido, el doctor Dulanto destaca que el individuo aprende en la familia la facultad de amar. El afecto se vive en la familia desde la infancia y se manifiesta en la

⁷⁵ Adelina Gimeno Collado, *La familia: el desafío de la diversidad*, Barcelona, Ariel, Serie: Ariel psicología, 1999, 1ra. edición, p. 197.

vida de cada uno de sus integrantes en la forma de recibir, dar y expresar el mismo, el cual necesita de la comunicación para producir un resultado en las relaciones humanas:

Cada familia tiene códigos y símbolos relativos al afecto y desafecto y los transmite por medio de un lenguaje hablado, escrito, de silencios y actitudes. El conjunto de los elementos para vivir y comunicar el afecto y desafecto tiene su origen en la tradición familiar, y ésta a su vez se da por la herencia cultural que los integrantes de la nueva pareja adoptan a partir del modelo familiar en que cada cual ha vivido.⁷⁶

Para este autor el afecto, a veces, no se expresa adecuadamente o se confunde con consentir, mimar o sobreproteger produciendo trastornos en la conducta y desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes. Sin embargo, -agrega- el afecto puede tomar muchas formas, por ejemplo cuando se corrige, se castiga o se limita con prudencia y oportunidad o cuando se les niega algo porque es inmerecido o inoportuno.

¿Quién tiene la razón?

Los conflictos que se generan en el hogar entre padres e hijos frecuentemente son por problemas que tienen que ver con el control que los padres ejercen y las decisiones personales que los hijos quieren tomar. Smetana confrontó las ideas de padres y adolescentes de 12 a 19 años para saber las áreas en las que deben estar bajo el control de sus progenitores como: aspectos morales, personales y convenciones sociales, sin embargo, éstos frecuentemente quieren intervenir en aspectos personales por tal motivo se suscitan más problemas, los cuales son propiciados debido a la diversidad de interpretaciones que los integrantes de la familia dan a los eventos o reglas. Así, los padres piensan que las áreas que están bajo su control son más que las que sus hijos consideran son decisiones personales.⁷⁷

Los chicos entrevistados nos cuentan algunos problemas que han tenido con sus padres debido al control que ejercen sobre ellos:

Rafael: *Nos volvimos muy rebeldes con mi mamá. La insultábamos y le decíamos que se gastaba todo el dinero que mi papá le daba en ella y en mi hermana. Le pedíamos dinero y sólo nos daba veinte pesos y ni nos hacía de comer. Mi mamá un día se hartó y nos mandó a vivir con mi papá.*

⁷⁶ Enrique Dulanto Gutiérrez, *op. cit.*, p. 209.

⁷⁷ Smetana, citado en Gonzalo Musitu, et al., *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*, España, Síntesis, Serie: Análisis e intervención social, 2004, 1ra. edición, p.26.

Rodrigo: *Mi mamá quiere saber: en dónde estoy, a dónde voy, a qué hora voy a llegar, todo lo quiere saber. Siempre me está vigilando. No le gusta cómo me visto y mis amigos son lo peor para ella.*

Alejandra: *Una vez en la secundaria me dejaron hacer 500 encuestas en un mes. Mi amiga y yo teníamos que estar buscando quien nos contestará, además de hacer el proyecto y todo lo que implicaba. Cuando le decía a mi mamá que me iba a realizar las encuestas me contestaba: “¿Todavía no acabas? ¡Ya te vas de zorra!” De todos lo esperaba menos de mi mamá. Se supone que es mi familia. Te lo pueden decir de otro modo, pero creo que no me debe de hablar de esa forma y de respetar mi espacio, mis tareas y mi tiempo.*

Jorge: *Mis padres no querían que me juntara con mis amigos porque decían que no eran buenos. Cuando me iba con ellos me andaban buscando. También, discutimos porque no le ayudaba a mi mamá y tenía mi cuarto desordenado.*

Laura: *Casi no salgo y cuando voy alguna fiesta mi mamá me lleva. Me regaña porque no hago la tarea o no arreglo mi cuarto.*

Algunos autores señalan que los conflictos entre padres e hijos se dan por situaciones cotidianas y por el grado de control que los padres ejercen en aspectos dirigidos a obtener su autonomía. Al respecto, la doctora Gama considera que los problemas que más frecuentemente tienen los padres con sus hijos son por cuestiones cotidianas como: la forma de peinarse y de vestir, los amigos, los estudios, las salidas y la hora de regresar a la casa e incluso el dinero que se les da.

Por otro lado, la psicóloga Barrón asevera que en la adolescencia los chicos están muy vulnerables por lo que están en riesgo de recibir muchas influencias negativas por esta razón los padres tienden a ejercer mayor autoridad y control sobre los adolescentes pero otros ni siquiera se enteran de lo que hacen sus hijos. Muchos chicos –continúa- se van a las fiestas o “tocadas” y los papás no saben quiénes son sus amigos, a dónde van y a qué horas van a regresar. Deben de estar siempre pendientes del adolescente, pero sin hostigarlo, porque si no se puede perder, por eso es importante la comunicación y los límites en la familia, subraya.

Al respecto, la doctora Gama⁷⁸ enfatiza que los padres deben de estar pendientes de los adolescentes, tener una buena comunicación y hacerles saber a los chicos que cuentan con ellos. Los padres –agrega- debemos acudir cuando se nos necesita pero no asfixiando y tampoco abandonando. “Estar ahí, pero no encima, que el adolescente tenga la certeza que cuenta con papá y mamá en el momento en que los necesita, si quiere atreverse a caminar, resbalarse y caerse, qué asuma las

⁷⁸ Entrevista con la Dra. María Isabel Gama Lira, México, D.F., 7 de septiembre de 2010.

consecuencias”. Hay que marcar límites y reglas. El adolescente tiene que irse desprendiendo de los padres y nosotros tenemos que “ir soltándolos poco a poquito”, enfatiza.

La doctora Barrón recomienda que al adolescente se le debe enseñar a cuidarse y darle la oportunidad de que tome sus decisiones pero también tiene que hacerse responsables de las consecuencias. Al adolescente –añade- se le tiene que dar la oportunidad de que se divierta pero tiene que aprender que hay horarios y los tiene que respetar. Los padres deben de concientizarlos que esto no es porque se le vigila sino porque se les quiere y por eso se le cuida y orienta. Deben de darle confianza en un ambiente cordial y de comunicación. Decirle: “me preocupa que te vaya a pasar algo y porque te quiero, te cuido y te digo lo que no debes de hacer”, concluye.

Música, antros... ¿Y qué más?

Diversos autores afirman que la socialización del individuo también se pone en práctica con los amigos y los pares en el ámbito escolar, familiar y social e incluso a través de los medios de comunicación los cuales se convierten en referentes y pueden propiciar conflictos en la familia.

El grupo de iguales es de gran importancia, ya que el grupo de niños es un extraordinario medio para facilitar la interiorización de los valores culturales y los modelos sociales vigentes en el seno de su sociedad y que ésta le ofrece e impone con el fin de lograr su adecuada normalización social.⁷⁹

Los adolescentes se alejan de sus padres progresivamente y se relacionan más con sus pares y amigos. Ambos son apoyos que le proporcionan seguridad y guía pero también influyen en su conducta social debido a que se identifica con ellos por sus aspiraciones, logros, aficiones, valores, amistad, gustos, actividades culturales y recreativas, etcétera.

Alejandra: *Con mi amiga Tere platico mucho de lo que nos pasa. Sus papás ya le dijeron que no le van a dar dinero y que se rasque con sus propias uñas. Yo le digo que le eche ganas a la escuela para que se pueda valer por sí misma y ya no les pida nada. Nos escuchamos y aconsejamos mutuamente.*

Los pares son los compañeros de clase, trabajo o de alguna otra actividad o integrantes de la comunidad de la misma edad. Diversos autores afirman que los

⁷⁹ Jensen Arnett Jeffrey, *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*, México, Pearson Educación, 2008, 3ra. edición, p. 116.

amigos tienen un valor sentimental y de intimidad afectiva debido a que el adolescente tiene la necesidad de ser escuchado por alguien de su confianza. Son cómplices, compañías inseparables, confidentes, apoyos. Conviven, comparten experiencias e intereses. Tanto con los pares como con los amigos el adolescente puede formar grupos. Al principio, los amigos suelen ser del mismo sexo y después se relacionan con el sexo opuesto e incluso pueden surgir noviazgos de esas relaciones.

El psicólogo Jacques Sélosse define al grupo como “un conjunto de personas ligadas por un comportamiento común, que tiene cierta conciencia de pertenencia, experimentan un conjunto de sentimientos compartidos y se expresan a través de un sistema de actitudes y de valores propios”.⁸⁰

Rodrigo: *Mi mamá no sabía que yo no iba a la escuela. Un día fue a buscarme y se enteró que no asistía y que nadie me había visto desde hace varios meses. Cuando llegué a la casa, me preguntó llorando que porqué le había fallado. Me preguntó qué quería y le insistí en que me quería ir de la casa que no soportaba estar ahí. Me sentía encerrado, solo, vacío e infeliz. Con mis amigos tenía mucho que conocer y cuando tocábamos se me olvidaba el aburrimiento de la vida.*

Rafael: *Cuando no entraba a la escuela me iba con mis amigos a los parques a Coyoacán, al cine, hacíamos coperacha todos y nos comprábamos una pizza o tortas.*

Según el doctor José Luis Martínez Sánchez en el libro *El adolescente* enfatiza que en el grupo, el adolescente se prueba así mismo, se enfrenta a otros, se compara y mide sus capacidades. “Es la oportunidad de perfeccionar los sistemas de relación que más tarde adoptará en la vida.”⁸¹ En éste puede asumir papeles de “líder, seguidor, desviado o conformista”.⁸² El grupo influye en la conducta de cada uno de sus miembros.

En ese sentido, la doctora Barrón afirma que en el proceso de la adolescencia los pares son esenciales para los chicos en la construcción de su propia identidad. Es muy importante –asegura- para los jóvenes la socialización, las relaciones con sus compañeros y amigos. Hacen grupos, se integran, se aconsejan y apoyan. Sin embargo, “el chico con tal de ser aceptado en algún grupo social de amigos a veces se deja influenciar y desgraciadamente no todas las influencias son buenas”. Si los papás no están al pendiente de saber quiénes son los amigos de sus hijos, a dónde van, cómo

⁸⁰ Jacques Sélosse, citado en Michel Fize, *Los adolescentes*, México, Fondo de Cultura Económica, Colección: Popular, 2007, 1ra. edición, p. 70.

⁸¹ Enrique Dulanto Gutiérrez, *op. cit.*, p. 219.

⁸² *Idem*

se divierten, el chico empieza a perderse y toman otros caminos que no son benéficos para él, puntualiza la especialista.

Por su parte, la doctora Gama enfatiza que el grupo de amigos es indispensable en el desarrollo del adolescente porque como pares, comparten su forma de ver la vida y le dan sentido de pertenencia. “Lo positivo o negativo de la interacción va a estar en función directa de los valores que el joven haya desarrollado desde su hogar y que va a compartir con su grupo”.

Los grupos pueden tomar diversas formas desde los constituidos por pocos amigos o hasta formar una red más amplia de amigos, compañeros, bandas, etcétera que le ayudan al joven a desarrollar habilidades sociales y suelen reunirse en la escuela, fiestas, antros u otros lugares públicos de diversión y esparcimiento.

Los antros y los sitios donde se realizan bailes son algunos de los lugares de socialización lejos de la supervisión de los adultos. En ellos los jóvenes pueden consumir bebidas alcohólicas, bailar, conocer nuevos amigos, escuchar música y “ligar”. Los eventos masivos de música o conciertos son espacios en donde los chicos atraídos por el gusto por la música y lo desconocido encuentran no sólo diversión sino hasta sexo, drogas y alcohol adulterado. Muchos chicos sienten que necesitan el alcohol, para divertirse, desinhibirse y hasta para olvidarse de la depresión. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que “la violencia relacionada con el consumo excesivo de alcohol causa anualmente la muerte de 2,5 millones de personas, de las cuales 320.000 son jóvenes entre 15 y 29 años”.⁸³

Los adolescentes entrevistados nos cuentan cómo socializan con sus amigos:

Jorge: *Voy a tardeadas los viernes o sábados. Empiezan a las ocho y terminan como a las tres o cuatro de la madrugada. Si hay sonido cobran 10 pesos y si hay cantantes de Reggeton hasta 40 pesos. Las organizan en un patio grande con lona no hay sillas sólo una barra para pedir bebidas. La droga te la ofrecen por abajo del agua aunque muchos ya sabemos quiénes te la pueden vender. Los dueños les dan a los polis su mordida para no catear el lugar y ni se meten.*

Alejandra: *Me fui con unos amigos al Reik de música Saico en Jilotzingo, Estado de México. A mí me daba mucha emoción ir. Me gusta mucho esa música. ¡Me fascina! Pensé que haya se iba a escuchar más padre. Abren las puertas a las doce y dura toda la noche hasta el siguiente día como a las once. Aunque ya me habían dado permiso todo el tiempo estuve preocupada, ni lo disfrute por estar pensando en que le mentí a mi mamá. Le dije que iba a una pijamada a la casa de una amiga que vive en Ixtapaluca. Mi amiga también le mintió a su mamá. En la mañana las*

⁸³ Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), “Violencia relacionada con alcohol causa 2,5 millones de muertes al año, advierte OMS”, [en línea], Nueva York, 6 de septiembre 2010, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Dirección URL: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=19129&criteria1=alcohol&criteria2=violencia>, [Consulta: 14 octubre 2010].

dos estábamos asustadas porque es un mundo negro: ¡Hay drogas al mil, sexo y alcohol! Es como un bosque: Había un escenario y en las tiendas de campaña se ponen a bailar. Me dio miedo porque si en sus cinco sentidos no sabes cómo van a reaccionar los chavos. ¡Imagínate! ¡Están pasadísimo! Si nos ofrecieron drogas pero no aceptamos nada. Yo no pensé que fuera así ya nos queríamos regresar. Me arrepentí aunque los amigos con los que fuimos nos cuidaron. Nos salimos como a las cinco de la madrugada.

Recientemente la OMS “alertó sobre la nueva tendencia entre los jóvenes de organizar fiestas multitudinarias en las calles en las que beben de manera excesiva, y a menudo, terminan con episodios de violencia”.⁸⁴ Al respecto, Dag Rekve, experto del Departamento de Enfermedades Mentales y Abuso de Sustancias de la OMS, declaró que “muchos adolescentes demasiado jóvenes para ir a bares o clubes suelen beber en las calles, sobre todo en este tipo de fiestas, lo que crea más riesgos de violencia”.⁸⁵

Por otro lado, Florenzano resalta que existen **grupos trasgresores** que están en contra de las normas sociales establecidas y se guían por una contracultura. Estos grupos convocan a adolescentes que se sienten excluidos, rechazados o no cumplen con las expectativas familiares o escolares buscando un sentido de pertenencia y un protagonismo social, dirigiendo su agresión contra el medio del cual se sintió rechazado, optando muchas veces por la delincuencia.

Jorge: El subdirector de la escuela no nos dejaba ni hacer concursos de graffiti en hojas. Una vez fuimos a la colonia Oriental y pintamos en una barda al subdirector: un señor cabezón y chaparrito y le pusimos lo que siempre nos decía: “¡No lo hagas!” Los chavos riéndose y señalándolo y diciendo: “¡Ya ve como si se pudo!” Lo hicimos para hacerle ver que también nosotros necesitamos un espacio.

Existen otros grupos como: grupos deportivos, religiosos, políticos y sociales. Este tipo de grupos propician el ejercicio de destrezas sociales que desarrollan la capacidad de liderazgo en el joven y le permite ampliar sus redes de amigos.

Por su parte, el doctor José Luis Martínez, psicoterapeuta familiar, en el libro *El adolescente*, afirma que los grupos tienen un objetivo común; tienen formas parecidas de afrontar y resolver sus problemas, su forma de vestir tiende a ser uniforme; establecen sus propios valores, normas y reglas. La aceptación en el grupo y la opinión de sus compañeros es muy importante para el adolescente. Sin embargo, no todos los chicos se centran en su grupo, algunos que tienen dificultades de adaptación social, se aíslan y no forman parte de ninguno: **Laura: No tengo muchos amigos y casi no salgo.**

⁸⁴ Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), “Violencia relacionada con alcohol causa 2,5 millones de muertes al año, advierte OMS”, [en línea], Nueva York, 6 de septiembre 2010, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Dirección URL: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=19129&criteria1=alcohol&criteria2=violencia>, [Consulta: 14 octubre 2010].

⁸⁵ *Idem.*

Si no estudio... es porque me aburro

Florenzano considera que la educación coadyuva en la trasmisión del conocimiento e impulsa el progreso individual y social. Sus objetivos son instruir y educar. Los profesores encargados desarrollar estas importantes tareas transmiten conocimientos y forman individuos con la capacidad de explotar sus potenciales y su creatividad. Asimismo, la comunidad escolar promueve el deporte, la socialización con pares y colaboran en la prevención y orientación de una adecuada salud. Constituye la pauta para definir la vocación o profesión e impulsar un plan de vida que conjunta valores, capacidades y habilidades dirigidos al desarrollo personal y social de cada individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la escuela como “un espacio con grandes potencialidades para la promoción de competencias psicosociales, para la educación en salud mental, para realizar intervención y para reconocer y orientar a tratamiento profesional a los niños que lo necesiten”.⁸⁶

Frecuentemente cuando un adolescente tiene problemas de conducta o bajo desempeño escolar tiene otro tipo de problemáticas individuales y/o familiares.

Los chicos entrevistados nos cuentan algunos problemas que han tenido en la escuela:

Jorge: *Curso tercero de secundaria, me falta un sólo examen para terminarla. En el primer año de secundaria reprobé dos materias. En otra escuela cuando cursaba el segundo año, me expulsaron porque la orientadora no me quería, una vez citó a mi mamá y me empezó a gritar. Le dije que se calmara y desde ahí me hizo el fuchi. En otra ocasión, en el último bimestre ya no estábamos haciendo nada y el maestro de historia puso una película en la biblioteca y nos dijo que los que no la quisiéramos ver nos quedáramos fuera. Yo me puse a jugar frontón y me cachó David, el prefecto, y me llevó con el subdirector y le empezó a decir: ¡Ya córralo! ¡Ya córralo! Le lavó el cerebro y nos corrieron a todos.*

Rafael: *He tenido muchos problemas en la escuela. Curso el tercer año de secundaria, ahora ya le hecho más ganas pero antes me la pasaba jugando futbol. Una vez un maestro me regañó porque le aventé a un compañero una botella en la cabeza. Me enojé y lo escupí en la cara. Mandaron a llamar a mis papás, pero nunca se presentaron y me suspendieron de su clase.*

Alejandra: *En segundo año tuve muchos problemas con una niña porque me juntaba con todos los niños y me decía: ¡Eres una zorra! Estallé y le dije que no me conocía y no le iba a permitir que me insultara. Un día me reto para que nos peleáramos. Nos peleamos y ningún maestro se dio cuenta, sólo algunos compañeros. Le gané y todas las niñas me comenzaron a hablar. Después otras compañeras me buscaban para que me peleara con las niñas con las que tenían problemas. En tercer año me dieron carta condicional por mala conducta. Era muy burlona y*

⁸⁶ Mario Valdivia P., et al., *op. cit.*, p. 294.

criticona. Me reía por todo. De tantas cosas que me decían después me daba igual. Al final de tercer año ya no peleaba con nadie, ya tenía amigas y no reprobé materias. Después estuve en una prepa particular pero reprobé porque llevaba más materias, fue un cambio muy fuerte porque de una escuela de gobierno a una particular que te exige un buen, hay mucha diferencia. Ya no pude pagar las materias y troné. Mi mamá ya tenía prevenido todo: hice el examen para la prepa del PEJE pero no entré. Me metieron a estudiar computación e inglés. Ahora estudio en un Bachilleres.

Rodrigo: *He estado en tres escuelas. En la prepa ya no me pude inscribir al segundo semestre porque me enfermé y reprobé materias. Después me inscribí al Bachilleres pero como me quedé en la tarde y los ensayos del grupo eran a esa hora ya no fui, me sentía mejor con mis amigos. Nunca tuve problemas de conducta pero no hacía tareas y aunque pasaba los exámenes los maestros no me lo tomaron en cuenta.*

Jeffrey Jensen Arnett en su libro *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*, siguiendo a diversos autores, señala que los padres con autoridad, que tienen mayores expectativas de logro, saben combinar la exigencia y la sensibilidad, se involucran más en la educación sus hijos, estos adquieren más confianza en sí mismos, persistencia y responsabilidad lo que influye en su mejor desempeño escolar. Por el contrario, los hijos de padres autoritarios, permisivos o que no se comprometen y tienen bajas expectativas tienen un bajo rendimiento escolar:

El desempeño académico de los adolescentes es peor cuando tienen padres negligentes o no comprometidos. Son adolescentes cuyos padres no están enterados de cómo les va en la escuela y saben poco o nada acerca de cómo pasan el tiempo fuera de la escuela.⁸⁷

Ese autor asegura que el aprovechamiento en adolescentes con discapacidades les dificulta el éxito académico. Algunas de esas discapacidades son problemas de lenguaje, trastornos emocionales, problemas de aprendizaje y retraso mental. Por lo general, los adolescentes que tienen este tipo de problemas tienen dificultades sociales y emocionales lo que provoca que deserten de la escuela.

Laura: Estudio la secundaria. En la primaria se me perdían mis cosas, me pegaban mis compañeros y no aprendía bien.

En este capítulo hemos visto que la familia, el entorno escolar, el grupo de amigos o pares y la sociedad en su conjunto, a través del proceso de socialización, influyen en el desarrollo del adolescente debido a que en estos contextos sociales se desarrolla física, cognitiva y emocionalmente. Asimismo, proporcionan al individuo

⁸⁷ Jensen Arnett Jeffrey, *op. cit.*, p. 332.

elementos para lograr su autonomía, identidad y habilidades para la vida que le permitirán obtener una madurez apropiada.

Se ha destacado la importancia de los estilos educativos o formas que los padres tienen de educar a sus hijos y que influyen decisivamente en el desarrollo y en la configuración su personalidad. El modelo democrático es el más adecuado debido a que estimula en el niño sus capacidades, habilidades de comunicación y socialización, además provee un equilibrio entre afecto y autoridad dentro de un marco de normas y límites.

Asimismo, se ha resaltado que la falta o inadecuada comunicación en la familia se relaciona con la presencia de trastornos como: depresión, ansiedad y estrés. Por el contrario, la buena comunicación funciona como factor protector ante éstos e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente debido a que facilita la interacción y expresión de afecto entre sus miembros.

Hemos visto que las relaciones sociales con los amigos y pares son esenciales en la construcción de la identidad del individuo e influyen en su conducta social debido a que le proporcionan sentido de pertenencia, identificación, ayudan a desarrollar habilidades sociales y le proporcionan normas, valores y modelos sociales tanto positivos como negativos.

La comunidad escolar promueve el deporte, la socialización, prevención y orientación de una salud apropiada. Constituye la base para definir su profesión además de contribuir en el establecimiento de un plan de vida al favorecer el desarrollo personal y social del adolescente. Asimismo, es en este contexto en donde también se revelan sus problemas individuales o familiares manifestando problemas de conducta o bajo rendimiento escolar.

Como sociedad debemos de tomar en cuenta que el adolescente tiene deseos personales, pensamientos y sentimientos propios, capacidad sexual y cognitiva, además de una serie de atributos que están limitados ante la falta de espacios culturales, sociales, recreativos y profesionales por lo que es necesario establecer programas encaminados a cubrir esas áreas buscando potencializar dichas capacidades dirigidas al desarrollo integral de los adolescentes.

Es de vital importancia que como padres nos reeduquemos y no sólo seamos proveedores de alimento y vestido, sino sobre todo les brindemos confianza, comunicación eficaz que les permita externar dudas, ideas, deseos, sentimientos, miedos, además de establecer límites y normas, inculcarles valores y principios sólidos que sean la base de su educación y desarrollo en un marco de amor y respeto. Desafortunadamente, los problemas económicos y sociales, como veremos a continuación, también intervienen para que los padres no realicen su principal función: amar, proteger, apoyar y educar a sus hijos, repercutiendo en su desarrollo provocando que el núcleo familiar se fracture produciendo otro tipo de problemáticas que no sólo afectan al individuo sino a la sociedad en su conjunto

CAPÍTULO IV

RAZONES DEPRESIVAS

Toda experiencia que nos obliga a mirar el miedo cara a cara, hace crecer nuestra fuerza, nuestro valor y nuestra confianza. Nos permite decir: "He sobrevivido a esta terrible experiencia. Estoy en capacidad de manejar lo que venga".

Eleanor Roosevelt.

En el hogar de Rafael la violencia, en todas sus formas, es el escenario cotidiano. Los conflictos, las agresiones físicas y verbales son el pan de cada día. No hay un lugar en donde él y sus hermanos puedan escapar de la violencia, la tiene ahí, de frente, y en su propia casa. Daniel, padre de Rafael, es alcohólico y frecuentemente se pelea con Gloria sin importarles el mal ejemplo y el sufrimiento que les generan a sus hijos. Hace dos años los padres de Rafael se separaron lo que ocasionó que la depresión y conducta de Rafael se acentuaran aún más. La violencia cesó por un tiempo pero la depresión se apoderó de su madre. El abandono que sufrió Rafael provocó que él y sus hermanos conocieran más de cerca la soledad, el hambre y el mundo de la calle:

Cuando se separaron mis papás. ¡No nos pelaban! Llegábamos a la hora que queríamos a la casa. Mi mamá se deprimió. Todo el día lloraba. Como me parezco mucho a mi papá me abrazaba y se ponía a llorar conmigo. No nos daba de comer y ni nos atendía. Nos salíamos para no verla. En ocasiones, sólo comíamos leche y galletas. A veces, en la escuela comprábamos tacos, palomitas y un refresco, cuando se podía, otras nos aguantábamos el hambre. Después, nos fuimos con mi papá unos meses, pero tampoco nos cuidaba. Todos los viernes en la noche se iba con su novia y me dejaba a mí con la responsabilidad de mi hermano. Llegaba hasta el domingo en la noche o el lunes en la mañana. Cuando salía de la escuela, me iba con mis amigos y llegaba hasta en la noche. Mi hermano se venía solo a la casa o se la pasaba en la calle vagando.

Rafael y su familia viven en un cuarto donde tienen una cama matrimonial que usan sus padres y una litera en la que duermen él y sus hermanos. Unas viejas cajas de madera les sirven como ropero. Un par de sillones viejos cubiertos con retazos de tela y una pequeña mesita de madera hacen las veces de comedor y sala. Una estufa, una alacena y un refrigerador chicos funcionan como cocina. Lo más llamativo, sin duda, son los video-juegos y la gran televisión que no hacían falta pero sí otras como el amor, la confianza, la comunicación y el respeto.

El doctor Enrique Gaspar Barba, residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), en el curso *Principios de la enfermedad mental*,⁸⁸ explicó que es importante identificar y conocer los factores de riesgo para predecir y poder prevenir las enfermedades psiquiátricas. El especialista explicó que un factor de riesgo “es una característica o circunstancia que se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar, padecer o desarrollar una enfermedad”. Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, económicos socioculturales, etcétera. Sin embargo, subrayó que algunos de ellos deben interaccionar para producir el desarrollo de la enfermedad.

Los expertos entrevistados coinciden en que los factores de riesgo, más frecuentes, que se han encontrado asociados a la depresión en los adolescentes son:

- Disfunción familiar.
- Divorcio de los padres.
- Nacimiento de un nuevo hermano.
- Los padres sufren algún trastorno mental como depresión o ansiedad.
- Alguno de los progenitores consumen alguna sustancia.
- En el núcleo familiar hay violencia física y psicológica.
- No existe una buena comunicación en la familia.
- Abandono.
- Abuso sexual.
- Estatus socioeconómico bajo.
- Pérdida de un ser querido.

Al respecto, la coordinadora de la Clínica de la Adolescencia, dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), doctora Liz Sosa⁸⁹ afirma que el 50 por ciento de probabilidad de que una persona presente depresión se relaciona con factores genéticos y el otro 50 por ciento se debe a factores ambientales.

⁸⁸ Enrique Gaspar Barba, “Abuso de sustancias”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

⁸⁹ Entrevista con la Dra. Liz Sosa Mora, México, D.F., 8 de Marzo de 2011.

Factores bioquímicos

Los neurotransmisores son sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra e influyen sobre las funciones mentales, el estado de ánimo y el comportamiento del individuo:

Las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro...Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio.⁹⁰

En el cerebro de un sujeto deprimido hay una disminución en la producción de los neurotransmisores como: la serotonina y la noradrenalina, explica la doctora Patricia Zavaleta, “aunque la persona deprimida se quiera sentir bien y le digan: ¡Échale ganas! No logra sentirse mejor porque su sistema de neurotransmisores no está trabajando eficazmente”.

Factores genéticos

La doctora Sosa, especialista en psiquiatría por la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM), explica que en los antecedentes familiares de personas con depresión la genética juega un papel muy importante y considera que “es uno de los factores de mayor riesgo para la presencia de este tipo de enfermedades”.

Por su parte, David Shaffer y Bruce D. Waslick, afirman que en estudios con muestras infantiles se ha confirmado que la depresión es más frecuente en niños y adolescentes que tienen familiares adultos que han padecido trastornos depresivos.⁹¹ Asimismo, aseguran que estudios de alto riesgo descubrieron que los hijos de padres con trastornos del estado de ánimo tienen tasas más altas de inicio de la enfermedad en la infancia y adolescencia, en comparación con sujetos control.⁹²

⁹⁰ Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), *Depresión*, [en línea], 26 pp., Estados Unidos, Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), núm. SP 09 3561, Enero de 2009, Dirección URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion.pdf>, [consulta: 25 de noviembre de 2009], p. 6.

⁹¹ David Shaffer y Bruce D. Waslick, *op. cit.*, p. 21

⁹² *Ibidem*, p. 22

Separación o divorcio de los padres

Cuando Rodrigo ingreso a la preparatoria comenzó a practicar futbol americano. Casi al final del primer semestre se enfermó de varicela y su ánimo decayó. Seis meses después, Ernesto, pareja de su madre, se fue de la casa. Para él había sido, desde que tenía siete años, como un padre. A partir de ese suceso comenzó a cambiar, se volvió irritable, se aislaba y no hacía tareas:

Rodrigo: *Me gustaba jugar futbol americano, entrenaba cuatro horas diarias en el deportivo, iba a la escuela pero no me sentía cansado. Cuando me enfermé de varicela me sentí triste porque no podía salir. Sentía coraje cuando me veía al espejo con todos esos asquerosos granos por todo mi cuerpo y cara. Reprobé materias porque perdí clases. En el equipo no pude competir porque no entrené lo suficiente. Pero lo que me dio más en la madre fue que mi papá (Ernesto) nos dejará. Desde que iba en la primaria mis compañeros se burlaban de mí porque no tengo papá.*

Ana (madre de Rodrigo): *Desde que mi hijo se enfermó se presentaron muchos acontecimientos que nos lastimaron. Reprobó materias porque no asistió a clases a pesar de que justifiqué las faltas y les llevé trabajos y tareas a los profesores. Después mi pareja me dejó sin decirme los motivos...Nos corrió de su casa (melancólica llora al recordar lo sucedido). Para mí fue muy difícil aceptar lo que estaba pasando: Sufrí una depresión muy fuerte. No comía, no dormía, baje mucho de peso, no me arreglaba, todo el día me la pasaba llorando. Aunque cubría las necesidades básicas de mi hijo, realmente no estaba con él, no platicábamos, no convivíamos...lo abandoné.*

En este sentido, Florenzano asevera que “la mayoría de los niños presentan algún grado de alteraciones conductuales y síntomas emocionales tanto después del divorcio como cuando alguno de los padres vuelve a casarse o entablar una relación de pareja estable”.⁹³

Los padres de Alejandra se separaron cuando ella tenía ocho años y hasta hoy no ha podido aceptarlo. Posteriormente, varios sucesos afectarían aún más su desarrollo personal y su autoestima. Su madre la cambio de escuela sin comentárselo con anticipación. Además, se enamoró de uno de sus novios y cuando la relación terminó se deprimió. También, el sentirse desplazada por sus dos hermanas menores la ha afectado emocionalmente:

Gabriela (madre de Alejandra): *La psicóloga de Alejandra dice que ella no acepta que su papá y yo no formáramos una familia. Nos separamos porque él me fue infiel. Él Trabajaba en una empresa de seguridad privada. En ese tiempo se complicó la relación porque en su trabajo había muchas mujeres y como era el jefe, todas se “portaban muy bien con él”. Me fui enterando de muchas situaciones que me hicieron pensar que si en ese tiempo me había contagiado de*

⁹³ Ramón Florenzano Urzúa, *op. cit.*, p. 80-81.

gonorrea, mañana sería de SIDA. Me daba vergüenza ir al médico o que me preguntaran qué enfermedad tenía. Decidí separarme porque ya no le tenía confianza. Además, me agredía física y verbalmente.

Alejandra: Me duele que mis papás no estén juntos. Trataron de darme todo lo material pero: ¿Estar conmigo? ¡No! (su rostro se cubre de lágrimas) ¡Eso no vale! (mientras se lamenta y llora sin consuelo). Siempre me reprochan: “¡Te he dado todo! No sé qué más quieres. Eres una grosera”. Es cierto, no me falta nada material...pero nunca han estado conmigo.

La doctora Liz Sosa, especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia por el Hospital Juan N. Navarro y la Universidad Nacional Autónoma México (UNAM), asegura que se considera que los factores de riesgo ambientales influyen en un individuo vulnerable para que sufra depresión porque tienen dificultades para enfrentar este tipo de estresores. “Una persona con antecedentes genéticos o familiares y que ha tenido cuadros depresivos anteriormente tiene más probabilidad de presentar depresión en presencia de factores de adversidad como: el divorcio, la violencia familiar o el abandono”, indica la experta.

Violencia familiar

El doctor Juan Manuel Saucedo explicó, en el curso *Principios de la enfermedad mental*, que los niños que sufren abandono afectivo y desarrollan depresión son los que tienen “mayor cantidad de genes depresivos heredados”. Reconoció que se ha detectado que cuando la depresión “inicia tempranamente se asocia más con disfunción y psicopatología familiar”.

La madre de Rafael nos cuenta los motivos por los que su hijo ha desarrollado depresión y trastorno oposicionista y desafiante. Ambos trastornos, han provocado que el chico tenga problemas familiares, escolares y sociales.

Mis hijos veían como su papá y yo nos peleábamos, nos insultábamos y nos pegábamos. Hasta que mi esposo se fue. Él tomaba a diario, de hecho sigue tomando los fines de semana. Sufrí mucho y me deprimí. Lo quería tener a mi lado a pesar de que me trataba mal. Me le hincué y le supliqué para que no se fuera. Mi error fue que mis hijos vieran todo eso. Cuando él se fue yo les decía: “¡Váyanle a pedir dinero a su padre!” No les daba nada y me ponía como loca. Lo buscaba y le echaba pleito. Un tiempo ellos me cuestionaban hasta el peso que él me daba, eso me molestaba y les decía: “¡Agarren sus cosas y váyanse con su papá!” Se fueron varios meses, pero era lo mismo porque los niños andaban solitos, vagando en la calle. Comían lo que podían. Un día pensé: qué necesidad tienen mis hijos de estar sufriendo teniéndome a mí. Hace unos meses, regresé con mi esposo, pero es lo mismo, el respeto ya se perdió, nos la mentamos a cada rato.

En estudios de familias que comparan hijos de alcohólicos contra hijos de no consumidores de alcohol se ha detectado que “los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de presentar síntomas de ansiedad y depresión”.⁹⁴

Según Keith Kramlinger, M.D. y colaboradores, en la *Guía de la Clínica Mayo sobre depresión*, afirman que es complicado diferenciar la relación entre el alcoholismo de los padres y la depresión en los hijos debido a que en estas familias influyen otro tipo de factores sociales y psicológicos como: el estrés que se vive por los conflictos familiares, el descuido de los hijos, la disfunción familiar, la enfermedad mental de alguno de los progenitores así como la vinculación genética entre el alcoholismo y la depresión. Sin embargo, todos estos factores interaccionan incrementando el riesgo de desarrollarla.

Consumo de sustancias

El doctor Gaspar Barba aseguró, en el curso *Principios de la enfermedad mental*, que se ha detectado que el 50 por ciento de los jóvenes que buscan ayuda para dejar de consumir drogas presentan algún otro trastorno psiquiátrico. Además, el riesgo que los predispone al consumo se incrementa si alguno de los padres tiene alguna psicopatología o es adicto a alguna sustancia. Otro factor importante –agregó– que no depende del chico es la estructura familiar: Se ha visto que los adolescentes que viven en familias monoparentales tienen más riesgo de consumir sustancias. También, influyen otros factores de riesgo como la violencia familiar.

Gloria (madre de Rafael): *Mi esposo probó: cemento y coca. Sus amigos lo invitaban por eso salía a buscarlo por las noches. Una vez lo encontré tomando, mientras su amigo preparaba la droga. Escuché que le dijo: “¡Órale güey! Échate un sorbito. ¡Ándale! No te pasa nada.” Mi esposo iba a inhalar cuando le grité. Su amigo guardó la droga rápidamente.*

Asimismo, el doctor Gaspar Barba destacó que la violencia sexual se ha asociado con el consumo de sustancias en la edad adulta. “Frecuentemente, aquellas pacientes que tienen trastorno por uso de sustancias reportan haber tenido abuso sexual”.

⁹⁴ Keith Kramlinger, *op. cit.*, p. 22.

Enfermedades físicas o trastornos mentales de los padres

Las investigaciones indican que algunas enfermedades pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión como: el hipotiroidismo, cáncer, enfermedad cardíaca, VIH/SIDA, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, etcétera debido a que los pacientes tienen que enfrentar el deterioro físico y emocional hasta los costos que conlleva su tratamiento.

“Treinta por ciento de la gente hospitalizada por cardiopatía coronaria (obstrucción en las arterias que llegan al corazón) presenta cierto grado de depresión. Y hasta la mitad de la gente que ha tenido un ataque cardíaco tiene depresión”.⁹⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cáncer es una de las principales causas de mortalidad mundial. En el 2007 causó, aproximadamente, 7 millones de muertes en todo el mundo de las cuales 548 999 se debieron a cáncer de mama. Se calcula que el número de defunciones por cáncer aumentará hasta 12 millones en el 2030. Estas cifras nos dan una visión más clara de porque el cáncer es una de las enfermedades de mayor mortalidad y afecta no sólo a la persona que la padece sino a todos sus seres queridos porque ante ella la lucha incesante entre la vida y la muerte se convierte en un martirio para todos ellos.

Jorge: *Cuando le detectaron cáncer a mi abuelita sentí muy feo. Lloré y creía que se iba a morir. Al año siguiente, mi mamá me dijo que ella también tenía cáncer me desesperé y sentí miedo. Pensaba que porqué habiendo tanta gente en el mundo le pudo suceder a ella. Me sentí muy triste e inútil por no poder ayudarla. Lloraba mucho, me enojaba y gritaba de dolor e impotencia, no sabía qué hacer.*

Esperanza (madre de Jorge): *Hace dos años, a mí madre le detectaron cáncer cérvico uterino, para la familia fue muy difícil aceptarlo, pensamos que iba a morir. Un año después, me diagnosticaron cáncer de mama y eso derrumbó aún más a mi hijo. (Sus ojos se cristalizan hasta que ya no puede contenerse y llora amargamente). Lloraba... gritaba, y me decía: “¿Por qué te tuvo que pasar a ti?” Cambio mucho, siempre se la pasaba en la calle, se iba para no verme. Tomaba, fumaba y andaba con muchos amigos que no eran buenos. Se enojaba y gritaba mucho. Era tan agresivo que muchas veces pensé que me iba a pegar.*

Se estima que una de cada cinco personas con cáncer padece depresión. Las tasas aumentan en los pacientes con cáncer evolucionado. En los individuos adultos hospitalizados por esta enfermedad, las tasas de depresión pueden variar entre 23% y

⁹⁵ Keith Kramlinger, *op. cit.*, p. 25.

60%. Asimismo, las personas que han tenido depresión “tiene mayor probabilidad de deprimirse después de desarrollar cáncer”.⁹⁶

Las pérdidas que sufre el adolescente

La doctora Marcela Larraguibel Quiroz, en el libro *Psiquiatría del adolescente* afirma que se cree que existe una base orgánica, primordialmente genética, que detona el trastorno depresivo ante diversos acontecimientos como: las separaciones, la pérdida de estados u objetos deseados y las frustraciones.

En este sentido, el doctor Carlos Mendoza Rodríguez⁹⁷ señala que existen otro tipo de problemas inherentes al propio adolescente como: el duelo que vive por las pérdidas que sufre y que para los adultos pueden ser insignificantes pero que para el adolescente son dolorosas. *“Si el chico rompe con su novia y el duelo se complica, se convierte en cuadros depresivos. Si reprueba y nunca había reprobado se siente mal. Para él estos sucesos son importantes y le duelen”*.

Gabriela (madre de Alejandra): *Mi hija tuvo un novio que no me agradaba mucho. Terminaron y ella sufrió una depresión muy fuerte. Lloraba muchísimo por él. Por más que la animaba se deprimió. Un día le pregunté: ¿Tuviste relaciones con él? Sentía que el corazón se me detenía cuando me dijo que sí. Desde que tuvo esa experiencia es muy difícil que tenga novio porque con él vivió su primera vez.*

Alejandra: *Tuve un novio del que me enamoré. Cuando cumplimos tres meses tuvimos relaciones, pero a los ocho meses todo se acabó. Me sentí la más tonta del mundo: Él sólo quería eso. Me dijo que nos diéramos un tiempo porque ya no era lo mismo. ¡Me deprimí cañón!*

Gloria (mamá de Rafael): *El abuelo de la novia de mi hijo los encontró teniendo relaciones y le prohibieron a ella que lo volviera a ver. Él se puso muy triste, achicopalado y lloraba a escondidas, otras veces se volvía muy irritable.*

Rafael: *Cuando nos encontraron a mi novia y a mí teniendo relaciones sus papás le prohibieron que me volviera a ver. Me deprimí pero también sentía coraje porque no era justo. Después de un tiempo, pude hablar con ella y desde ese día nos vemos a escondidas.*

Problemas familiares

La doctora Zavaleta explica que los adolescentes que padecen depresión por muchos años no establecen relaciones con sus pares y no hacen las actividades propias de su edad. Los problemas familiares aumentan porque los padres no saben

⁹⁶ Keith Kramlinger, *op. cit.*, p 25.

⁹⁷ Entrevista con el Dr. Carlos Mendoza Rodríguez, México, D.F., 4 de diciembre de 2009.

que le está pasando y se pueden generar agresiones verbales y físicas. Debido a que no se puede concentrar, se sienten cansados y no hacen tareas, el chico baja su desempeño académico y se le castiga porque reprueba o está todo el día sin hacer nada.

Rodrigo: *Sé que no soy buen estudiante, ni lo seré por eso ya no quiero estudiar. Ya estuve en dos escuelas y odio que los maestros me digan que hacer. El fútbol americano me gustaba pero no soy muy bueno. Sólo me gusta escribir música y tocar la guitarra. Es todo lo que tengo y lo único me gusta porque me hace olvidar esta vida estúpida.*

Ana (madre de Rodrigo): *Creo que todo lo que hemos vivido ha contribuido para que mi hijo tenga depresión, pero lo que más le ha afectado fue el abandono de mi pareja, mi depresión y la indiferencia de su propio padre que nunca se ha interesado por él. De niño era muy tranquilo y cariñoso pero ahora se enoja mucho por cualquier cosa. Me desespero porque no quiere estudiar y no hace nada en la casa. Cuando trato de platicar con él terminamos discutiendo por esas situaciones.*

La doctora Sosa asevera que otros factores ambientales de riesgo que predisponen a los adolescentes a sufrir depresión son: situaciones estresantes en la familia o comunidad donde no cuentan con un red de apoyo; la falta de comunicación; depresión no diagnosticada. Además, factores de riesgo relacionados con la personalidad del individuo, es decir, cómo el joven está enfrentado los conflictos: familiares, sociales y ambientales. “Son chicos que no han desarrollado suficientes estrategias para sobrellevar los problemas y se sienten abrumados”.

En este sentido, para hacer frente a las adversidades de la vida es importante tener una autoestima⁹⁸ positiva. Como hemos visto la baja autoestima se relaciona con la depresión. La doctora Zavaleta señala que los adolescentes deprimidos tienen un autoconcepto muy bajo y lo que piensan siempre de ellos es negativo.

Es importante destacar que las personas con baja autoestima tienen una actitud negativa, son autocríticos, pesimistas, inseguros, desconfiados e indecisos, experimentan sentimientos de inferioridad, miedo y culpa, poseen pocas habilidades para resolver problemas y tienen grandes dificultades para enfrentar los fracasos, conflictos, frustraciones o acontecimientos adversos que le ocurren por lo que presentan un riesgo mayor de deprimirse ante los sucesos estresantes.

Por otro lado, el doctor Lino Palacios Cruz, especialista en psiquiatría de la adolescencia, en el curso *Principios de la Enfermedad Mental*, destacó que el estrés

⁹⁸ **Autoestima:** Según el diccionario de la lengua española la autoestima es la valoración positiva que se tiene de sí mismo.

puede ser un factor que puede desarrollar depresión y trastornos de ansiedad. Al respecto, la maestra en psicología clínica Blanca Barcelata Eguiarte explicó, en la conferencia: *“Relación entre Sucesos de vida y Afrontamiento en Adolescentes con Trastornos Emocionales”*⁹⁹, que las fuentes generadoras de estrés son diversas y pueden ser de tipo: social, ambiental, familiar e individual. La maestra Barcelata subrayó que el estrés y afrontamiento son dos factores que están relacionados con el riesgo para desarrollar trastornos emocionales en todas las etapas de la vida del hombre. Definió al estrés como:

...un estado que se produce en la persona debido a un evento o serie de acontecimientos que percibe como amenazantes, en donde se da un proceso subjetivo de valoración de que tan estresante son esos hechos en función de que tan capaz o que tan bien se siente el individuo para poder enfrentar ese reto, ese suceso o las contrariedades cotidianas.

La especialista en evaluación de problemas psicológicos, Blanca Barcelata destacó que un factor mediador muy importante ante los sucesos estresantes es la percepción, es decir, cómo percibe el sujeto su entorno, lo que le ocurre y cómo afronta ese medio y los eventos que le suceden. A pesar, de vivir situaciones estresantes y de riesgo se puede tener una adaptación positiva y un funcionamiento adecuado que dependen de los recursos de afrontamiento que el individuo tiene para poder hacer frente a las circunstancias adversas. El afrontamiento –abundó- es un proceso cognitivo, conductual, emocional, a través del cual una persona puede enfrentar las demandas internas o externas del medio ambiente. En este sentido, las estrategias o recursos de afrontamiento que tiene la persona “van a ser el parte aguas entre su salud emocional o el trastorno”, aseveró la psicóloga. Dichas estrategias pueden ser activas y eficaces cuando están enfocadas al problema o pueden no ser efectivas como las estrategias de evitación que “nos desvían de manera directa o indirecta del problema distrayéndonos o negando la situación”, aseveró la experta.

Cambios de escuela o casa

Alejandra: *En la secundaria comencé a tener amigas y eso que había logrado no lo quería perder pero mi mamá decidió cambiarme de escuela a la mitad del segundo año de secundaria. Ni siquiera me comentó y eso me dolió mucho. Un día llegó y me dijo: “¡Ahí está tu uniforme! ¡Mañana entras a otra escuela!” Ella estaba embarazada de mi hermana y ya no podía ir por mí a*

⁹⁹ Blanca Barcelata Eguiarte, “Relación entre sucesos de vida y afrontamiento en adolescentes con trastornos emocionales” ponencia presentada en el XV Aniversario CECOSAM Iztapalapa: A través de los años, un reto a futuro, México, Hotel Holiday Inn Aeropuerto, viernes 27 de noviembre, 2009.

la escuela. También, me deprimí mucho porque tenía un novio y ni siquiera le pude avisar que me iban a cambiar... Cuatro meses después, una de mis amigas me dijo que él ya tenía novia. Me encerraba en mi cuarto: todo el día estaba llorando. Me sentía sola, casi no dormía, me la pasaba despierta escuchando música. Los fines de semana ni me quitaba la pijama. No salía, ni me arreglaba: ¡Estaba bien mugrosa! Duré casi dos años en la depre. Le tenía mucho rencor a mi mamá porque por su culpa deje de ver a mi novio y a mis amigas.

Conflictos con los amigos

El grupo musical de Rodrigo se desintegró y para él era un núcleo que le permitía sentirse identificado y que le brindaba “seguridad”. Él se sintió traicionado por sus “amigos”, este hecho acentuó su enfermedad:

Rodrigo: *Mis amigos y yo estábamos ahorrando dinero para comprar instrumentos pero “El Flaco” se robó la lana y todos salimos de pleito. Nos mentamos la madre y se acabó todo. La música era lo único que me gustaba, me ayudaba a escapar de mi realidad y a olvidarme de todo. Volví a sentirme peor que antes. Me sentía traicionado, angustiado y sin ganas de hacer nada.*

Nacimiento de un nuevo hermano

Esperanza (madre de Jorge): *Tuve un parto delicado del hermanito de Jorge. Al principio, él se portó muy maduro, hasta me animaba y me decía que el bebé iba a estar bien. Cuando mi hijo menor cumplió cuatro años de edad me di cuenta que tenía problemas de lenguaje. Acudí al DIF y como Jorge veía que tenía que llevarlo a terapia, con la psicóloga y con el ortopedista, sintió que yo le estaba dedicando más tiempo a su hermano. Después, la psicóloga me recomendó un kínder comunitario en donde le daban terapias, además era muy barato. Jorge pensó que a él nunca lo había llevado a una escuela particular. Me decía que su hermano era mi preferido y se enojaba mucho conmigo.*

Jorge: *Mi hermano tiene 7 años y va en segundo año de primaria. Cuando nació le hacían más caso que a mí. Él es el consentido de mis papás.*

Alejandra: *Cuando tenía nueve años nació mi hermana. No me dolió porque no me quitaron nada pero tengo resentimiento porque todos mis tíos decían: “Ella es la más bonita. Está güerita”. (Llora desconsolada). Toda la atención era para ella. Mi mamá cambiaba a mi hermana y la llevaba al kínder. Cuando yo estaba en el kínder recuerdo que me cambiaba sola. Me duele ver como la cuida y atiende. Como mi hermana no tiene papá le da más atención. Ella dice que si estuvo conmigo cuando era chiquita pero yo recuerdo que me dejaba y se iba con el papá de mi hermana a bailar.*

Problemas económicos

El doctor Rodríguez asevera que la pobreza, los problemas económicos, el desempleo y la incorporación de la mujer al ámbito laboral, ocasionan que los adolescentes tengan menos apoyo familiar y social, por lo que tienen más riesgo de presentar depresión.

Por otro lado, en el curso *Principios de la enfermedad mental*, la doctora Zavaleta explicó que diversos estudios han detectado que en las personas adultas algunos factores ambientales que pueden propiciar la aparición de episodios depresivos son: enfermedades médicas, ser víctima de asalto, problemas con amigos y familiares, así como la separación o divorcio de la pareja. En los adolescentes los factores ambientales que los ponen en riesgo de padecer depresión son: el bullying¹⁰⁰, el abuso sexual, ser expulsado de la escuela, fugarse de casa y cuidados institucionales en la infancia, entre otros.

Adriana (madre de Laura) dejó a su pareja después de vivir por varios años engañada. La enfermedad de su hija se agravó pero también los problemas económicos porque decidió renunciar a su trabajo para poder dedicarle más tiempo al tratamiento de su hija y al suyo:

Adriana: *Mi hija mayor estaba estudiando para estilista, debía varias colegiaturas y material, ya no querían darle clases. Ya no tenía ni para comer. Me iba a la Central de Abastos a recoger fruta y verdura para comer porque ya no tenía ni un quinto. Después encontré un trabajo de edecán y puse un puesto para vender zapatilla para dama, pero casi no se vendía. Me mataba mucho trabajando. Estaba tan deprimida que adelgace muchísimo. Lloraba mucho, casi no dormía y me sentía muy cansada. En aquel tiempo tenía 30 años pero me veía de 50.*

Gloria (Madre de Rafael): *Vivimos al día, a veces sí tiene trabajo mi esposo, pero otras no gana nada. A veces no sé si comprarles pan y leche a mis hijos, llevarlos a la consulta o comprar lo que les piden en la escuela. Vivimos una situación económica muy difícil.*

Experiencias traumáticas

Según Keith Kramlinger, M.D. y colaboradores afirman que las personas que han vivido experiencias traumáticas como: abuso sexual, guerra, accidentes y desastres naturales pueden padecer trastorno de estrés postraumático que generalmente se acompaña de depresión. Asimismo, aseguran que las mujeres que han sufrido abuso sexual, físico o emocional en la niñez tienen más probabilidad de desarrollar depresión en la adultez, además de disminuir su autoestima y tienen mayor posibilidad de presentar estrés postraumático.

¹⁰⁰ Bullying: Se le denomina al acoso escolar o maltrato físico y/o psicológico que realiza un estudiante en contra de otro por medio de amenazas, agresiones físicas o verbales.

“El abuso sexual en cualquiera de sus formas, como evento o condición traumática, puede perturbar severamente el desarrollo psicosexual, emocional y social-relacional de niños y adolescentes”.¹⁰¹

En el 2010 un vecino de Adriana se metió a robar a su casa e intentó abusar sexualmente de Laura. Este hecho provocó que la chica sufriera estrés postraumático y su depresión se agravará. Adriana relata que:

Laura se disponía a ir a comer a la casa de mi mamá. Un chamaco que era nuestro vecino la detuvo y la metió a la casa por la fuerza. Me di cuenta porque yo tenía dinero guardado y cuando lo busqué no lo encontré. Le pregunté a Laura si lo había tomado. Ella me contó que el nieto de una vecina se había metido a la casa y se había robado el dinero. Le pregunté si le había hecho algo y ella aseguró que no. Fui a levantar la demanda al Ministerio Público y uno de los judiciales me pidió que lo dejara platicar con mi hija. El policía me dijo que Laura había tenido un intento de violación. Hablé con ella y le dije que ella no tenía la culpa de lo que había pasado. El chamaco la aventó a la cama e intento penetrarla por atrás. Ella lo pateó en sus partes, así le dio tiempo de subirse el pantalón. Se quiso escapar pero la detuvo y la amarró. Él tomó el dinero, la amenazó y se fue. A partir de ese hecho su depresión es más fuerte y ha tenido varias crisis.

Un estudio realizado con alrededor de 2,000 mujeres encontró que aquellas que habían sufrido “abuso sexual o físico en la infancia presentaron más signos y síntomas de depresión y ansiedad e intentaron el suicidio más frecuentemente que las mujeres sin historia de abuso en la infancia”.¹⁰²

¿Por qué se deprime más la mujer?

En la actualidad la mujer tiene diversas responsabilidades: el cuidado del hogar y de los hijos, el trabajo, etcétera que aunadas a otro tipo de problemas como: violencia física y psicológica, abuso sexual, desempleo y pobreza la hacen más susceptible de sufrir depresión. Además, algunos estudios han detectado que las mujeres tienden a padecer más depresión que los hombres debido a las variaciones en la producción de hormonas sexuales que se asocian a cambios en el estado de ánimo sobre todo durante: el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto y el posparto.

La prevalencia del trastorno depresivo es aproximadamente del 4% al 8% en adolescentes, con una relación hombre: mujer de 1:2 durante la adolescencia. La incidencia acumulada a la edad de 18 años es aproximadamente del 20% en muestras poblacionales. Al parecer no existirían diferencias por nivel socioeconómico¹⁰³

En este sentido, el profesor de psiquiatría y psiquiatría infantil en la Facultad de Medicina de la UNAM, doctor Saucedo asevera que antes de la adolescencia la

¹⁰¹ Valdivia P., Mario, et al., *op. cit.*, p. 385.

¹⁰² Keith Kramlinger, *op. cit.*, p. 21.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 145.

frecuencia de la depresión es igual en ambos sexos y en ésta etapa “es igual que en la edad adulta y se da más en las mujeres que en los hombres por la diferencia de la producción hormonal”.

Keith Kramlinger, M.D., y colaboradores afirman que el 10 por ciento de las mujeres se deprimen durante el embarazo y el 25 por ciento de las madres puede sufrir depresión posparto. En ambos casos, la mujer tiene más riesgo si se presentan situaciones como: apoyo social limitado, ser joven, embarazo no deseado y problemas en el matrimonio.

En los casos presentados se observó que las madres entrevistadas han tenido depresión en diferentes etapas de su vida y por diversas circunstancias lo que se convierte en un factor de riesgo para sus hijos.

Ana, madre de Rodrigo, en su infancia vivió en un hogar con muchos problemas: violencia familiar, pobreza y abandono. Además, su padre era alcohólico y su madre se dedicaba a trabajar para mantener a su familia por lo que no podía darles la atención necesaria a sus hijos. Ana vivió muchos años con su abuela materna y siempre le hizo falta el cuidado y amor de sus padres. A la edad de quince años se fue a vivir con sus progenitores pero no soportó los conflictos que tenían y decidió tomar una decisión errada que le costaría años de sufrimiento. Ella relata que:

A los diecisiete años me casé porque quería irme de mi casa. No quería seguir viendo como se peleaban mis padres, pero lo que viví con ellos se repitió en mi matrimonio. Mi esposo era muy celoso e insistía mucho en que fuéramos padres. Cuando me embaracé cambió mucho, se volvió muy agresivo. Tomaba mucho y se desaparecía por varios días. Le tenía mucho miedo porque aún embarazada me pegó varias veces y una vez intentó ahorcarme. Me insultaba y me decía que estaba gorda, fea y vieja. Me prohibió tener amigas, trabajar y salir sola. Mi depresión era muy profunda. Cuando Rodrigo tenía un año comenzó a llorar. Él se molestó: le pegó y le fracturó un brazo. En ese momento reaccioné y lo demandé por violencia física y psicológica. En ese momento decidí separarme de él.

Adriana, madre de Laura, también ha sufrido violencia física y psicológica, soledad y pobreza, además de los problemas con su pareja, todos estos hechos se conjuntaron produciéndole depresión. La frustración que sentía ocasionó que se enfermara física y emocionalmente. Su baja autoestima la hacían pensar que necesitaba de un hombre para salir adelante. Adriana cuenta que:

El papá de Laura nunca quiso que ella naciera. Me decía que la abortará. Yo le dije que si no quería asumir su responsabilidad que me dejara sola. Después me enteré que era casado y que tenía dos hijos. Entendí porque se desaparecía tanto tiempo. Mi hija tenía cuatro años cuando decidí terminar con esa relación. En ese tiempo ambas estábamos en tratamiento. Mi psicóloga me decía que sabía que me dolía el rompimiento pero que tenía que quererme y valorarme. A pesar de saber que era casado y como era conmigo yo... lo quería. Era como una droga, sabiendo que me hacía daño quería estar con él. Me deprimí mucho cuando lo deje.

El saldo de la tristeza

Las investigaciones han detectado que las personas con depresión que no son tratadas afectan su desempeño laboral, agravan sus enfermedades y dañan sus relaciones sociales. En el joven perjudican su crecimiento y desarrollo personal, tienen más probabilidades de abusar del alcohol y las drogas; bajo aprovechamiento o deserción escolar; y en las mujeres existe una predisposición a embarazarse. En ambos sexos existe el riesgo de enfermedades de transmisión sexual además de afectar sus relaciones familiares y sociales.

Al respecto, la doctora Sosa considera que la depresión interfiere, independientemente si ésta lleva o no al suicidio, al consumo de sustancias o se complica con algún otro trastorno y “a la pérdida del potencial que cada joven tiene para realizarse y hacer cosas en la vida”.

Ana pensó con el tiempo su hijo cambiaría. Después de varios meses, notó que Rodrigo comía cada vez menos y disminuía drásticamente de peso. Volvió a descuidar su aseo y arreglo personal excesivamente. Se la pasaba jugando video-juegos hasta la madrugada y se levantaba muy tarde. Cuando estaba despierto parecía un robot que se movía lentamente. Cuando su madre trataba de hablar con él su agresividad se volcaba contra ella con amenazas y groserías:

Ana: *Yo me iba a trabajar y él no se levantaba. Cuando regresaba lo encontraba sin bañarse, ni arreglarse. No comía casi nada. Lo que más me extrañó fue que no saliera con sus amigos. Su aspecto era cada vez más deplorable. Se enfurecía y se encerraba en su cuarto. No quería hablar conmigo, sólo me insultaba y me retaba.*

Rodrigo: *Me sentía frustrado y desilusionado porque el grupo se había desintegrado. Esa vez no salí por varios días, no tenía ganas de nada. Me sentía inseguro e inquieto. Jugando se me olvidaba un poco el enojo.*

Una salida falsa...

Rodrigo no cambiaba, vivía en los extremos, en ocasiones no salía y otras se la pasaba en fiestas con sus amigos o en la calle. Sus cambios de humor eran incomprensibles para su madre. Ana desesperada optó como último recurso llevar a cabo un consejo que le había dado su mejor amiga; corrió a su hijo de su casa para que reaccionara y valorara lo que tenía. Sin embargo, la depresión de su hijo se agravó aún más:

***Rodrigo:** Un día mi mamá me corrió de la casa porque llegué en la madrugada, me dijo que como no hacía nada y me la pasaba en la calle me tenía que ir y hasta que no consiguiera un trabajo o volviera a la escuela podía regresar. Fui a buscar a mis amigos y me encontré a “La Vibora” se dio cuenta que estaba pensativo y triste. Me dijo que si quería ver la vida diferente que me diera un pasón de mota. Le contesté que no me latía. Un día que estaba haciendo unos porros me dijo que no era hombre porque no fumaba. Por varios días me insistió y para demostrarle que estaba equivocado y olvidarme de lo que me pasaba, acepté. Me sentí relajado pero después me sentí más ansioso y deprimido. Cada vez fumaba más. Durante varias semanas me quedé con uno de mis amigos. Después regresé a mi casa. Mi mamá me perdonó y le prometí que iría a terapia. Si no lo hubiera hecho me hubiera dado un tiro.*

En el marco del Tercer Simposium: *Los retos de la Salud en México*, en el panel de discusión sobre el tema: *¿Qué hacemos con las drogas?*,¹⁰⁴ la doctora María Elena Medina-Mora Icaza, investigadora del Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, advirtió que el consumo de drogas en México está creciendo pero su índice es menor en relación a otros países: “Nuestra proporción de adictos a drogas es de 0.6% de la población”, sin embargo, comparados con otros países “el consumo no es alto, pero sí tenemos el problema del inicio temprano”. Resaltó que mundialmente nuestro país ocupa el segundo lugar en el mundo en el consumo de cocaína. “México tiene por cada usuario de cocaína dos de marihuana igual que en Estados Unidos. El índice en el consumo de alcohol es del 6%”, indicó la experta.

En su participación en el ciclo de conferencias: *“Las Ciencias en la UNAM. Construir el Futuro de México”*, la doctora María Elena Medina-Mora, directora general

¹⁰⁴ María Elena Medina-Mora Icaza, “¿Qué hacemos con las drogas?”, panel de discusión presentado en el Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, Ciclo de conferencias: “Las Ciencias en la UNAM: Construir el Futuro de México”, México, Facultad de Medicina (FM), UNAM, “Auditorio Raoul Fournier”, martes 18 de enero, 2011.

del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), aseveró que los adolescentes que consumen drogas tienen consecuencias más graves en su salud porque todavía “no se han desarrollado totalmente”. Asimismo, subrayó que “no hay ninguna droga inocua, todas las drogas tienen un riesgo, por ejemplo: Un chico que consume marihuana tiene daños más graves y mayor probabilidad de desarrollar dependencia que una persona adulta que usa esa misma droga”. El consumo de cualquier droga, abundó, durante el embarazo ocasiona graves daños al feto y a la madre. Es importante reconocer los daños que las drogas provocan a la salud y el gran impacto negativo que ocasionan a la sociedad, enfatizó.

Medina-Mora subrayó que el consumo de marihuana se asocia con mayor índice de fracaso escolar debido a que afecta las funciones cognitivas del individuo y hacen que tenga menor capacidad de memoria y atención. Agregó, su uso frecuente puede producir: depresión, cáncer, psicosis tóxicas y otras enfermedades.

Según diversos autores, el usuario de marihuana puede presentar los síntomas siguientes: euforia, ansiedad, irritabilidad, sensación de relajación, mareos, ojos rojos, latidos del corazón acelerados, falta de coordinación y equilibrio, reacciones lentas, síntomas psicóticos y paranoia. Después de que termina el efecto puede sentir sueño, sed y hambre. El consumo de esta droga afecta la coordinación, los reflejos y la concentración y puede contribuir a desarrollar problemas respiratorios (infección pulmonar, bronquitis, tos crónica y flemas) y del sistema inmunológico. Existe “evidencia de un aumento en las tasas de depresión, ansiedad y pensamientos suicidas en los usuarios crónicos”.¹⁰⁵

En entrevista para la revista *Este País: tendencias y opiniones*, la doctora María Elena Medina-Mora, Miembro del Comité de Expertos en Toxicomanías de la OMS, explicó que los adolescentes inician el consumo de marihuana “alrededor de los 14 años de edad”.¹⁰⁶ Destacó que la probabilidad de que una persona que experimenta con la marihuana, abuse, se vuelva adicto o use varios tipos de drogas “está

¹⁰⁵ The National Institute on Drug Abuse (NIDA), The Science of Drug Abuse & Addiction, *La marihuana: Lo que los padres deben saber*, [en línea], Estados Unidos, Publicación NIH No. 07-4036 (S), 1997, actualizada en julio 1999, abril 2001, febrero 2003, septiembre 2004, septiembre 2007, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (NIH), Dirección URL: <http://www.nida.nih.gov/MarijBroch/Spanish/Marijparext-sp.html#Anchor-47857>, [consulta: 17 de diciembre de 2010].

¹⁰⁶ Este País: tendencias y opiniones, “Nadie debería ir a la cárcel por usar drogas”, [en línea], México, 4 de febrero de 2010, Dirección URL: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2010/02/9_ent_medina-mora.pdf, [Consulta: 15 de noviembre de 2010], p. 29.

determinada por factores que hacen vulnerable al individuo¹⁰⁷ como: haber sufrido violencia en la niñez, trastornos mentales y de la conducta que no se trataron, enfermedad mental de los progenitores y negligencia de éstos, inseguridad en su contexto social, consumo de sustancias y antecedentes de delincuencia familiar.

El estudio *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento* reveló que las personas que padecen depresión desde edades tempranas tienen 18 veces mayor probabilidad de presentar dependencia a drogas.¹⁰⁸

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008) detectó que las personas entre 12 y 25 años de edad que consumen drogas en su mayoría ya no estudian, viven con su padre y en su contexto social inmediato hay individuos que son adictos. En este sentido, la encuesta ratificó que entre los factores protectores que ayudan a que no se presente esta problemática se encuentran: el asistir a la escuela así como “la importancia de dotar de estrategias académicas que permitan experimentar el éxito escolar”.¹⁰⁹ Además, en la familia es fundamental “trabajar con los padres estrategias parentales efectivas”.¹¹⁰

Cuando Rodrigo regresó a su casa los conflictos se volvieron más graves. Le mentía y le robaba dinero a su madre para comprar marihuana. Se volvió más irritable, altanero y grosero. Ana buscó ayuda de profesionales de la salud mental hasta que descubrió que su hijo se estaba destruyendo poco a poco:

Una vez llegué a la casa y no encontré a Rodrigo. Un olor a hierba quemada me paralizó. Me sentí triste, angustiada y con miedo. Revisé todo su cuarto y encontré una bolsita de plástico con restos de marihuana. El coraje y la frustración se apoderaron de mí. Lloré y creí que había perdido a mi hijo. Me sentí culpable y trataba de recordar si en algún momento lo había observado raro, con los ojos rojos o algo que me indicará que era adicto. Sólo recordé que desde hace tiempo tenía mucha tos con flemas. Después, traté de justificar sus acciones. Pensé que quizá se sintió solo, confundido y buscó una salida falsa para olvidarse de los problemas y sentirse mejor, pero se estaba destruyendo con la droga. Me sentí responsable por no haber hablado con él y darle la atención que merecía desde que comenzó a tener cambios en su conducta. Me negaba a mí misma la triste realidad que estaba viviendo. No comprendía, no entendía, no quería saber. Mi hijo no sólo estaba deprimido, ahora... era adicto a la marihuana.

¹⁰⁷ Este País: tendencias y opiniones, “Nadie debería ir a la cárcel por usar drogas”, [en línea], México, 4 de febrero de 2010, Dirección URL: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2010/02/9_ent_medina-mora.pdf, [Consulta: 15 de noviembre de 2010], p. 29.

¹⁰⁸ Corina Benjet, et al., *op. cit.*, p. 421.

¹⁰⁹ Instituto Nacional de la Salud Pública, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008), Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*, [en línea], México, febrero 2009, Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección URL: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html> [Consulta: 12 de noviembre de 2010], p. 34.

¹¹⁰ Idem.

David Shaffer y Bruce D. Waslick aseveran que los jóvenes con depresión tienden a consumir y abusar de la marihuana, y sólo cuando son descubiertos por los padres o autoridades suelen llegar a consultar a algún especialista. “Los síntomas afectivos pueden ser anteriores, simultáneos o posteriores a un período de consumo o abuso de sustancias ilícitas en niños y adolescentes”.¹¹¹

Rodrigo: *Varias veces fumé para sentirme mejor y olvidar mis broncas, aunque después me sentía peor. Casi todos mis amigos fuman y toman. Después, ya no pude parar y cada vez necesitaba más. ¡Me valía madre todo! Me empezó a gustar el Rap de Cypress Hill¹¹², Nach y Zenit. Es la música que escuchan mis amigos. Creía que si fumaba me inspiraría para componer. Todo era perfecto: mi música, mi guitarra y la marihuana para la inspiración.*

El doctor Humberto Rico señala que la depresión puede provocar que el adolescente se refugie en las drogas o el alcohol para sentirse mejor: “La depresión es una entrada para el alcoholismo y las drogas porque les baja la ansiedad, pero cuando se les pasa el efecto les provoca depresión, cada vez incrementan la dosis y caen en este tipo de conductas patológicas”.¹¹³

“Los jóvenes de 18 a 25 años que no estudian ni trabajan tienen mayor riesgo de consumir drogas porque están más expuestos a que se las ofrezcan, ya sea regaladas o en venta”,¹¹⁴ advirtió la doctora María Elena Medina-Mora al dictar la conferencia magistral “Dr. Miguel F. Jiménez” en la Academia Nacional de Medicina, según un comunicado. Destacó que cuando son menores de entre 12 y 17 años, incrementa la probabilidad de que sigan consumiéndola y se vuelvan dependientes a las drogas.

La Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas, realizada entre estudiantes de enseñanza media y media superior en la Ciudad de México, reveló que el consumo de drogas está relacionado con otros trastornos psiquiátricos en los adolescentes. Los consumidores de ambos sexos presentaron “de dos a tres veces más sintomatología depresiva,

¹¹¹ Shaffer David y Waslick Bruce D., *op. cit.*, p. 5.

¹¹² El grupo Cypress Hill es un grupo de Rap que se ha hecho popular porque está a favor de la legalización de la marihuana.

¹¹³ Entrevista con el Dr. Humberto Rico Díaz, México, D.F., 3 de diciembre de 2009.

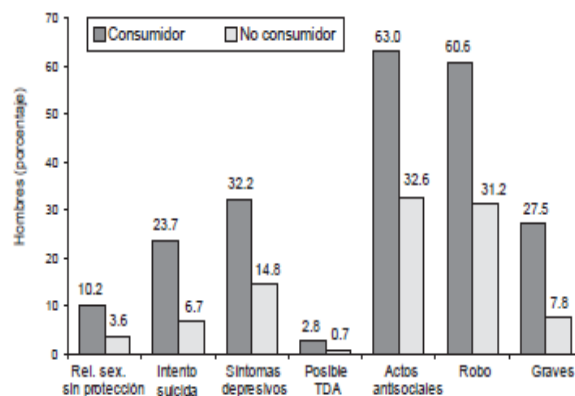
¹¹⁴ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, “Menores de 12 a 17 años tienen más riesgo de desarrollar dependencia a las adicciones”, Comunicado de prensa núm. 274, [en línea], México, 02 de julio de 2010, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección URL: <http://www.spps.gob.mx/noticias/sistemas-de-salud/29-menores-de-12-a-17-anos-tienen-mas-riesgo-de-desarrollar-dependencia-a-las-adicciones.html>, [Consulta: 17 de noviembre de 2010].

intento suicida, conductas antisociales, así como un posible trastorno por déficit de atención”.¹¹⁵

Por otro lado, un comunicado informó que: la doctora María Elena Medina-Mora, al dictar la conferencia magistral “Dr. Miguel F. Jiménez”, aseveró que existe una asociación entre las adicciones y los trastornos mentales. Subrayó que la mitad de los adictos presentan esta comorbilidad. Explicó que cuando aparece inicialmente la enfermedad mental y después el consumo de sustancias, “la mujer tiene siete veces más riesgo de desarrollar dependencia y el hombre se multiplica por tres”.¹¹⁶

La Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas detectó que los hombres usuarios han tenido relaciones sexuales sin protección dos veces y media más que los que no consumen drogas. El 23.7 % de los consumidores han intentado suicidarse, los no usuarios lo intentó en un 6.7%. El 27.5% de los adolescentes que consumen drogas han cometido actos antisociales graves tres veces más que el 7.8% de los jóvenes que no consumen droga. (Gráfica 10)¹¹⁷.

Gráfica 10. Relación entre diferentes conductas problemáticas y el consumo de drogas



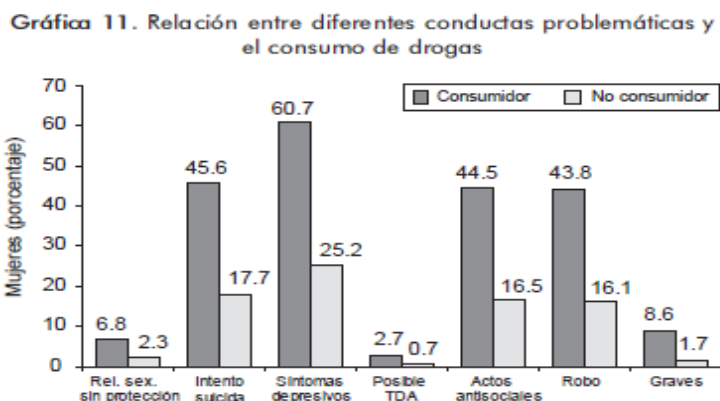
Fuente: Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., “Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas”, [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p. 296.

¹¹⁵ Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., “Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas”, [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p.289.

¹¹⁶ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, “Menores de 12 a 17 años tienen más riesgo de desarrollar dependencia a las adicciones”, Comunicado de prensa núm. 274, [en línea], México, 02 de julio de 2010, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección URL: <http://www.spps.gob.mx/noticias/sistemas-de-salud/29-menores-de-12-a-17-anos-tienen-mas-riesgo-de-desarrollar-dependencia-a-las-adicciones.html>, [Consulta: 17 de noviembre de 2010].

¹¹⁷ *Ibidem*, p. 296.

Asimismo, se observó que el 6.8 % de las mujeres usuarias tienen relaciones sin protección, dos veces más que las no consumidoras en un 2.3%. El 60.7% de las adolescentes que han consumido drogas presentaron síntomas depresivos en comparación con el 25.2% que no consumen. Las consumidoras que han intentado suicidarse representa el 45.6% comparado con el 17.7% que no consume. (Gráfica 11).



Fuente: Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., "Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas", [en línea], 11 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p.296.

Rafael: *Cuando se separaron mis papás me la pasaba con mis amigos. Ellos se drogaban con thinner o piedra. Se apagaban, parecían tontitos. Se alocaban, se aventaban cosas o se peleaban entre ellos. Yo sólo he tomado pero no me pierdo como ellos.*

Según el doctor Brian P. Quinn, el abuso de sustancias es habitual entre los individuos que tienen trastorno bipolar. Una persona bipolar tiene "un riesgo 10 veces mayor de desarrollar el problema de abuso de sustancias en comparación con alguien que no la padece".¹¹⁸ Este autor afirma que "hasta el 60 por ciento de los maniaco depresivos pueden tener un problema de alcoholismo".¹¹⁹ Además, destaca que "los jóvenes pueden desarrollar una enfermedad depresiva como resultado del consumo excesivo de drogas o alcohol".¹²⁰ Enfatiza que la rebeldía, los cambios de humor, el bajo rendimiento escolar y la mala conducta pueden ser debido tanto al consumo de sustancias como a la depresión. "Es difícil dilucidar si el problema principal es el trastorno anímico o el abuso de sustancias, o ambos."¹²¹ El especialista recomienda tratar de forma simultánea ambos trastornos, principalmente si en la historia familiar se

¹¹⁸ Brian P. Quinn, *op. cit.*, p. 88.

¹¹⁹ *Idem.*

¹²⁰ *Ibidem.*, p. 81.

¹²¹ *Idem.*

han presentado trastornos del ánimo. “Si el trastorno anímico precede al abuso de sustancias existe el peligro de que la persona trate de suicidarse,”¹²² advierte.

Cuando Jorge se enteró que su madre estaba enferma comenzó a tomar y a fumar para olvidar lo que sucedía y muchas veces lo lograba. Se ausentaba de su casa porque el estado en el que se encontraba lo hacía olvidarse del tiempo, del espacio, de los problemas y de él mismo:

Jorge: *Durante varios meses tomé casi a diario hasta perderme. No recordaba lo que pasaba. Mis amigos consumen activo, marihuana, piedra y cocaína. Me ofrecían pero yo no quería. Después, por curiosidad le dije a uno de ellos que me pasara el activo. Desde ese momento lo inhalé varios meses: Me perdía, tenía alucinaciones. Cuando se me pasaba el efecto me sentía ansioso, desesperado y mareado como si hubiera tomado mucho. No llegaba a mi casa, no me importaba nada. Una vez que mis papás me andaban buscando me encontraron bien pasado, ni siquiera los reconocí.*

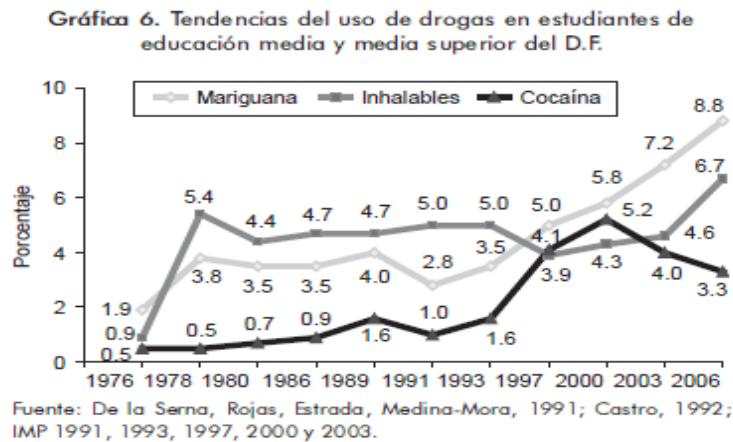
Esperanza (madre de Jorge): *Muchas veces vi drogado y tomado a mi hijo. Todas las noches salía a buscarlo a las dos o tres de la madrugada. A veces, lo encontraba hasta el otro día. Me gritaba molesto: “¡No me busques! ¡Déjame!” Mi esposo le decía que lo iba a llevar a un anexo para que le ayudaran a dejar la droga. Jorge me decía que él solo, sin ayuda de nadie, podía dejarla. Comenzó a sangrar por la nariz y tosía mucho. Se acababa frascos de jarabe y no se le quitaba la tos.*

Según diversos autores, el uso de inhalantes (disolventes de pintura, gasolina, pegamentos, pinturas de spray, etcétera) produce en el usuario efectos inmediatos como: euforia, lenguaje incoherente, mareos, somnolencia, pérdida del equilibrio, irritabilidad y falta de coordinación. El usuario puede presentar: dolor de cabeza, náuseas, vómitos, ojos enrojecidos, irritación de nariz, boca y labios, cambios de conducta y personalidad. Las inhalaciones prolongadas pueden ocasionar convulsiones, muerte súbita por arritmia y asfixia. El abuso de inhalantes provoca: reducción de la memoria e inteligencia, depresión, psicosis, personalidad antisocial, infarto cerebral, ceguera, sordera, bronquitis crónica, daño en el hígado, pulmones y riñones, entre otros.

Según la *Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas* comparada con la encuesta del 2003, el consumo de drogas aumentó de un 15.2% a 17.8%. Los hombres son los más afectados (5.9%) en relación con las mujeres (4.3%). La marihuana es la droga preferida entre los

¹²² Brian P. Quinn, *op. cit.*, p. 81.

adolescentes (8.8%) seguida del consumo de inhalables (6.7%), tranquilizantes (4.9%) y la cocaína (3.3%). (Gráfica 6).¹²³



Fuente: Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., "Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas", [en línea], 11 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p. 294.

Las drogas médicas (tranquilizantes y anfetaminas) son consumidas más por las mujeres y las drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalantes, mentanfetaminas y heroína) son utilizadas más por los hombres.

En su conferencia magistral "*¿Qué hacemos con las drogas?*", en el marco del Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, el doctor Juan Ramón de la Fuente Ramírez,¹²⁴ especialista en psiquiatría por la Clínica Mayo de Rochester y maestría en Ciencias en la Universidad de Minnessota, reconoció que el problema de la cocaína en México está creciendo. Al comparar la primera Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1988 con la última del 2010 se observó que "por cada usuario de cocaína que había hay ahora ocho consumidores".

Alejandra: *Cuando mi novio me dejó me volví bien rebelde. Como mi mamá no estaba todo el día, llegaba a mi casa a las siete de la noche, muy borracha, oliendo a alcohol... ¡Horrible! Me metía a bañar y le hablaba para pedirle permiso para ir a una fiesta más tarde. Así me la pasé por mucho tiempo, a veces no salía para nada, otras me desaparecía de la casa para tomar y fumar a escondidas. Decía muchas mentiras para poder salir.*

¹²³ Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., *op. cit.*, p. 294.

¹²⁴ Juan Ramón de la Fuente Ramírez, "*¿Qué hacemos con las drogas?*", ponencia presentada en el Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, Ciclo de conferencias: "Las Ciencias en la UNAM: Construir el Futuro de México", México, Facultad de Medicina (FM), UNAM, "Auditorio Raoul Fournier", martes 18 de enero, 2011.

El Presidente de la Asociación Internacional de Universidades (IAU, por sus siglas en inglés) e investigador sobre alcoholismo, doctor Juan Ramón de la Fuente recordó que el alcoholismo se reconoció por la OMS como enfermedad hasta 1953 e incluso en el ámbito médico no se le otorgaba esa categoría. Subrayó que en la actualidad todavía existe un estigma social a reconocer al alcohólico como una persona enferma:

Antes el alcoholismo era considerado un vicio, una degeneración moral, un asunto de perversión. El factor que hizo que se rezagara está definición del alcoholismo como enfermedad es el esquema prohibicionista de los Estados Unidos en la década de los veinte y los treinta. Este hecho sacó el tema del alcohol del campo de la medicina y criminalizó su consumo.

Algunos autores señalan que el consumo de alcohol en exceso afecta el Sistema Nervioso Central y puede ocasionar daño cerebral. Afecta la capacidad auditiva y visual. Altera el equilibrio y la coordinación. El sujeto siente mareos, náuseas, vómitos, ansiedad, alucinaciones y estado depresivo. Su uso habitual puede ayudar a desarrollar: cirrosis, gastritis, úlcera péptica, hipertensión, osteoporosis; en el hombre puede producir impotencia y en la mujer esterilidad.

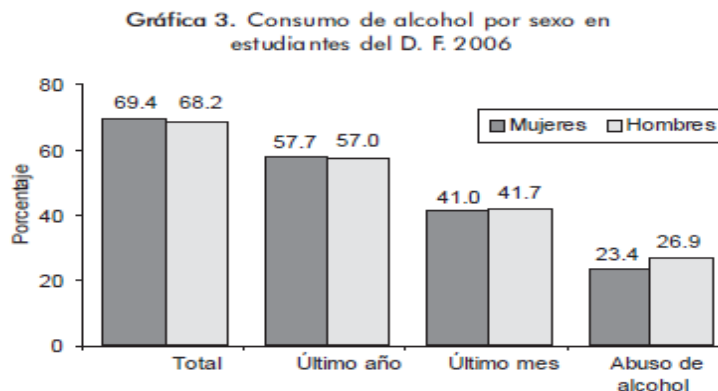
“El alcohol es la droga que más muerte produce y que más daño ocasiona a la sociedad. Entre el 7% y 10% de las personas que beben alcohol desarrollan dependencia en México¹²⁵”, aseveró la investigadora del Grupo de Investigaciones sobre el Alcohol en California (Estados Unidos), doctora María Elena Medina-Mora. Destacó que los individuos que consumen alcohol tienen “una vulnerabilidad genética heredada del 60%”,¹²⁶ sin embargo, influyen también el contexto y los antecedentes personales.

Por su parte, el doctor Juan Ramón de la Fuente propuso impulsar el concepto de la drogadicción como enfermedad y reconoció que un factor que ha permitido aprehender el alcoholismo como un problema médico es que existe una disposición positiva de la sociedad a “aceptar los programas de prevención, de tratamiento y de rehabilitación. Cuando se trata de convencer al alcohólico que tiene una enfermedad que es crónica y que lo puede matar es mucho más efectivo que castigarlo, segregarlo o estigmatizarlo”, aseveró.

¹²⁵ María Elena Medina-Mora Icaza, “¿Qué hacemos con las drogas?”, panel de discusión presentado en el Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, Ciclo de conferencias: “Las Ciencias en la UNAM: Construir el Futuro de México”, México, Facultad de Medicina (FM), UNAM, “Auditorio Raoul Fournier”, martes 18 de enero, 2011.

¹²⁶ *Idem.*

La Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas reportó que el 68.8% de los adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo consumió el último mes. Ambos sexos resultaron igualmente afectados. (Gráfica 3).



Fuente: Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al, "Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas", [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p 293.

Un estudio llevado a cabo con 6 355 personas alcohólicas reveló que el 40 por ciento había presentado "depresión mayor en algún momento de la vida. La depresión fue una de las causas que reportaron con mayor frecuencia los participantes del estudio para explicar sus recaídas".¹²⁷

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que mundialmente el tabaquismo ocasiona 5 millones de muertes al año y para el 2030 estima que ascenderá a más de 8 millones el índice de mortalidad por esta causa. Destaca que el consumo de tabaco produce anualmente la muerte de 5,4 millones de personas enfermas de cáncer de pulmón, cardiopatías y otras enfermedades.

En este sentido, *La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008)* reveló que en "el Distrito Federal los fumadores activos de 18 a 65 años inician el consumo diario de cigarrillos, en promedio, a los 16.7 años. Los hombres a los 15.7 años y las mujeres a los 18.5 años".¹²⁸

¹²⁷ Brian P. Quinn, *op. cit.*, p. 89.

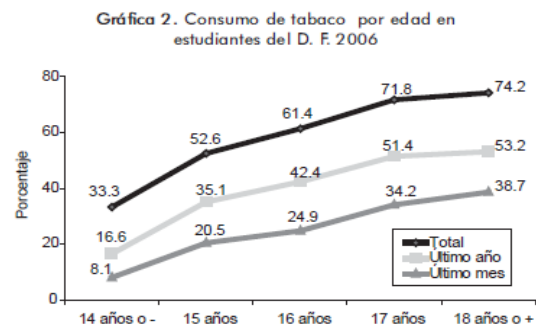
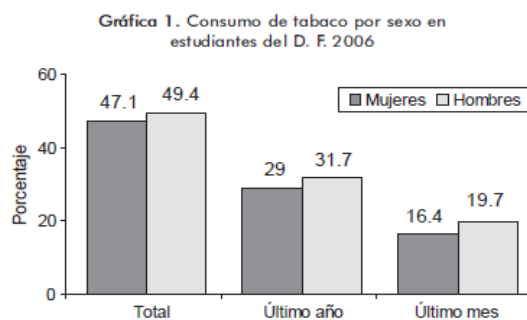
¹²⁸ Instituto Nacional de la Salud Pública, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA 2008), Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*, [en línea], México, febrero 2009, Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección URL: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html> [consulta: 12 de noviembre de 2010], p. 24.

Por su parte, Ana Moreno Coutiño y María Elena Medina-Mora Icaza en su reseña *Tabaquismo y depresión*, y de acuerdo a diversas investigaciones, refieren que las personas que tienen depresión están más predispuestas a fumar y manifiestan una disminución en la severidad de sus síntomas cuando fuman tabaco. Algunos estudios sugieren que los individuos que tienen depresión fuman como una forma de automedicación. Cuando el fumador deja de hacerlo presenta síntomas depresivos. Asimismo, se ha detectado que las mujeres que fuman tienen cinco veces más probabilidad de presentar depresión que los hombres:

Los fumadores actuales y los exfumadores tienen 80% más de probabilidad de presentar depresión en comparación con los no fumadores. Además, los fumadores actuales (hombres y mujeres) que consumen más de una cajetilla al día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores.¹²⁹

La Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas reveló que el consumo de tabaco ha afectado en la misma medida tanto a hombres (49.4%) como a mujeres (47.1%) (Gráfica 1). Los adolescentes consumidores de 14 años o menos, representa la tercera parte de los que tienen 18 años o más. El 34.2 % de los adolescentes de 17 años han fumado en el último mes. Entre los 14 a los 15 años aumentó a más de la mitad los jóvenes consumidores. (Gráfica 2).

Asimismo, este estudio encontró que los adolescentes que estudian tiempo completo tienen menores porcentajes de consumo de drogas lo que demuestra que el asistir a la escuela es un factor protector. Asimismo, se observó que existe “un bajo nivel de percepción de riesgo y alta tolerancia social ante el consumo de tabaco y alcohol, que son precursores importantes del consumo de otras drogas”.¹³⁰



Fuente: Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., “Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas”, [en línea], 11 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [Consulta: 18 de diciembre de 2009], p. 292.

¹²⁹ Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina-Mora Icaza, “Tabaquismo y depresión”, [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 31, núm. 5, septiembre-octubre de 2008, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3105/sm3105409.pdf>, [consulta: 15 de noviembre de 2010], p. 413.

¹³⁰ Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al., *op.cit.*, p. 297.

Por otro lado, la doctora María Elena Medina-Mora, colaboradora de la Fundación de Investigaciones de Toxicomanía, Toronto (Canadá), en entrevista para la revista “*Este País, Tendencias y opiniones*”, señaló que la ENA 2008 encontró que los consumidores de drogas viven en colonias con un alto índice de inseguridad y delincuencia en comparación con los que no usan drogas.

En el Tercer Simposium: “*Los retos de la Salud en México*”, realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la doctora Medina-Mora, Miembro del Comité Asesor Científico, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), aseguró que una de las medidas costo-efectivas para solucionar el problema de la drogadicción es “invertir en el tratamiento, en especial en la identificación temprana, así como en la prevención y establecer programas basados en la evidencia y en la ciencia. Advirtió, la cárcel no es la solución al consumo de drogas, debemos luchar por el estigma que existe en contra del adicto y que provoca que no acudan a tratamiento oportunamente”.

Asimismo, la investigadora con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), doctora Medina-Mora subrayó que “sólo poco más de la mitad de la población considera que el adicto es una persona enferma”.¹³¹ Señaló que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 encontró que la mayoría de los consumidores de droga “no acuden a tratamiento y sólo 16% de los usuarios buscan ayuda”.¹³² Aseguró que “el tratamiento reduce los costos de la atención por complicaciones médicas derivadas del abuso de sustancias y disminuye la violencia en las calles”.¹³³

La doctora Medina-Mora, al dictar la conferencia magistral ‘Dr. Miguel F. Jiménez’, sugirió fortalecer las medidas de prevención, “brindar atención de salud mental desde la infancia para prevenir hasta en un 30% el riesgo de dependencia”,¹³⁴ proseguir con el tratamiento en los sectores de mayor riesgo y ampliarlo en los casos más graves, “incorporando los avances de la ciencia. Respetando los derechos

¹³¹ Este País: tendencias y opiniones, “Nadie debería ir a la cárcel por usar drogas”, [en línea], México, 4 de febrero de 2010, Dirección URL: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2010/02/9_ent_medina-mora.pdf, [consulta: 15-noviembre- 2010], p. 29.

¹³² *Idem*.

¹³³ *Idem*.

¹³⁴ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, “Menores de 12 a 17 años tienen más riesgo de desarrollar dependencia a las adicciones”, Comunicado de prensa núm. 274, [en línea], México, 02 de julio de 2010, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección URL: <http://www.spps.gob.mx/noticias/sistemas-de-salud/29-menores-de-12-a-17-anos-tienen-mas-riesgo-de-desarrollar-dependencia-a-las-adicciones.html>, [consulta: 17 de noviembre de 2010].

humanos y dejando de considerar a la adicción como una falla moral porque la adicción se puede prevenir y tratar”,¹³⁵ puntualizó la investigadora.

En su conferencia magistral *¿Qué hacemos con las drogas?*, el ex presidente de la academia Nacional de Medicina, doctor Juan Ramón de la Fuente consideró que es un error grave criminalizar el consumo de drogas y reconoció que aunque el consumo de drogas en México es menor que en Estados Unidos “las encuestas epidemiológicas muestran que el consumo va en aumento; se inicia en etapas cada vez más tempranas de la vida y afecta a todos los estratos sociales. No obstante, -enfaticó- lo que no es posible expresar en cifras es el sufrimiento y la tragedia que experimenta cada familia directa o indirectamente por el consumo de drogas”. El experto subrayó que la educación sobre las drogas se debe respaldar en la difusión de información objetiva acerca de las causas que ocasionan el consumo así como sus consecuencias adversas. En ese sentido, dijo que “las campañas de información y prevención juegan un papel importante, cuando se realizan con inteligencia, porque son aceptadas por la sociedad y ayudan a comprender la dimensión del problema. Las acciones preventivas, educativas y terapéuticas pueden ser más efectivas para modificar las condiciones sociales que propician, generan y mantienen el consumo, aseveró el ex presidente del Programa de Naciones Unidas contra el SIDA”. Además, subrayó que el consumo de droga es un fenómeno muy complejo que genera graves problemas y preocupa a toda la sociedad por lo que se debe mantener en la agenda de salud pública y buscar soluciones “fundadas en razones científicas y encausadas a través de programas sociales.” Aseveró que cualquier solución a largo plazo debe dirigirse a “la reducción de la demanda” tomando en cuenta principalmente la prevención, la educación, la investigación, la cultura y la atención oportuna a quienes consumen drogas. “Un adicto es un enfermo que merece tratamiento. Un joven que se inicia en el consumo de alguna droga no es un delincuente, aunque posiblemente llegué a serlo si la propia sociedad criminaliza su conducta”, advirtió.

¹³⁵ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, “Menores de 12 a 17 años tienen más riesgo de desarrollar dependencia a las adicciones”, Comunicado de prensa núm. 274, [en línea], México, 02 de julio de 2010, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección URL: <http://www.spps.gob.mx/noticias/sistemas-de-salud/29-menores-de-12-a-17-anos-tienen-mas-riesgo-de-desarrollar-dependencia-a-las-adicciones.html>, [consulta: 17 de noviembre de 2010].

La vida no vale nada

Varias veces, pensé en no vivir porque nadie me hacía caso. Me preguntaba: ¿Para qué estoy aquí? Cuando mi mamá me reprochaba que me daba todo, le decía: ¿Para qué me engendraste? ¡Tú no me quieres! ¡Me quiero morir! ¡Ya no te quiero ver! ¡Estoy harta! Quería tomarme unas pastillas pero... me dio miedo y no lo hice.-Confiesa Alejandra.

Algunos autores señalan que las personas deprimidas pueden tener ideas de muerte o suicidio e incluso pueden hablar sobre el tema como una forma de pedir ayuda. Es importante que los padres y profesores no ignoren las conversaciones de este tipo porque pueden estar anunciando un comportamiento de autolesión como una forma de escapar del sufrimiento.

Ana cuenta que días después de que falleció su hermano, encontró una hoja tirada, la recogió, cuando la leyó el miedo y la tristeza la confundieron. Se paralizó sin saber qué hacer. Su hijo había escrito:

***“Rodrigo murió el 1 de abril del 2010.
Ocupación: Música
Flor que quiere que le lleven: Ninguna
En la lápida de su tumba quiere que le escriban: ¡Siempre el mejor!”***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 el suicidio aumentará en un 50 por ciento alcanzando las 1,5 millones de muertes por año. “El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años...las tasas de suicidio entre los jóvenes se han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo”.¹³⁶

Por otro lado, el doctor Rodríguez¹³⁷ define al suicidio como el acto intencional por medio del cual un individuo se lesiona a sí mismo para provocarse la muerte. En este sentido, la doctora Sosa¹³⁸ señala que la conducta suicida implica desde el pensamiento persistente que tiene el sujeto de querer morirse y hacerse daño (ideación suicida); de hacer algo activamente para quitarse la vida (intento suicida);

¹³⁶ Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte en jóvenes, dice la OMS”, [en línea], Washington, Estados Unidos, Centro de Noticias de la Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 14 de septiembre de 2009, Dirección URL: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18130&SE=SN>, [consulta: 15 de octubre de 2009].

¹³⁷ Entrevista con Dr. Héctor Rodríguez Juárez, México, D.F., julio 20 de 2010.

¹³⁸ Entrevista con Dra. Liz Sosa Mora, México, D.F., 8 de marzo de 2011.

planear cómo lo va a hacer y tener a la mano los medios disponibles para autolesionarse (plan suicida); hasta quitarse la vida (suicidio consumado). Asimismo, la persona puede expresar, de manera verbal o escrita, su deseo de morir o matarse para después intentar suicidarse.

Para el doctor Rico el suicidio se puede manifestar de diferentes formas. El individuo puede buscar de manera consciente o inconscientemente autolesionarse: “El joven suicida se puede dar un balazo, pero también puede manejar una motocicleta en el periférico a 200 kilómetros por hora, ambas son conductas suicidas”.

Quando se murió mi tío Pablo no quise ir a su velorio. Me preguntaba porqué no me había muerto yo en su lugar. Él era un hombre bueno y yo un adicto infeliz que cada vez se sentía peor. Me quería morir para no saber nada. Nunca pensé cómo lo iba a hacer. Sólo sentía que no valía la pena vivir. Las personas que he querido me han abandonado cuando más las necesitaba. Hace dos años, había pensado en irme a vivir un tiempo con mi padrino pero le dio un infarto y...falleció.-Confiesa Rodrigo.

Lourdes Villardón Gallego explica, en su libro “*El pensamiento de suicidio en la adolescencia*”, su modelo: Socioindividual de la conducta suicida, el cual toma en cuenta factores: sociales, individuales y psicosociales. De acuerdo a dicho modelo, el suicidio se puede explicar por los sucesos o situaciones estresantes del entorno que vive el sujeto que aunados a sus características individuales y factores ambientales que interaccionan entre sí se influyen mutuamente y lo hacen más vulnerable. Sin embargo, se pueden manifestar conductas suicidas aun sin presentarse todos los factores e incluso un solo factor puede producirlo.

Las investigaciones han revelado que las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental como: depresión, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias. Asimismo, se ha observado que las mujeres intentan más el suicidio pero los hombres son los que más consuman el acto. En ese sentido, el investigador en suicidio y adicciones en adolescentes, doctor Quetzalcóatl Hernández Cervantes, en el sitio web: *Suicidio Adolescente en México, un problema de salud pública prevenible*, y de acuerdo a diversos autores, indica que “más del 90% de los adolescentes suicidas han tenido al menos un trastorno psiquiátrico importante, aunque las víctimas de suicidio más jóvenes tienen tasas menores de psicopatología –alrededor de 60%”.¹³⁹

¹³⁹ Quetzalcóatl Hernández Cervantes, *Características personales asociadas al riesgo suicida adolescente*, [en línea], México, 2010, Dirección URL: <http://vivepsicologia.org/riesgo.html>, [consulta: 7 agosto de 2010].

En este mismo orden de ideas, el doctor Rodríguez asegura que cuando se detecta la depresión en los jóvenes se está evitando, de alguna manera, el riesgo al suicidio. Además, el adolescente suicida suele “comentar su intención de suicidarse a algún amigo, compañero de la escuela o a algún familiar. El profesor puede detectar este tipo de conducta porque observa que el chico está deprimido, aburrido, triste, tiene cambios de actitud y conducta o su desempeño ya no es el mismo que antes”.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM) realizó el estudio *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual*, en el cual presentó un panorama del suicidio consumado y conducta suicida en México. Para llevarlo a cabo se hizo una revisión de la mortalidad por suicidio de 1970 a 2007 y se analizaron investigaciones anteriores que el Instituto ha hecho relacionadas con la conducta suicida. Se observó que de 1970 a 2007 el suicidio aumentó en un 275% (Figura 1). “En 2007 se dieron 4 388 muertes por suicidio en la República Mexicana, con una tasa de mortalidad por suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes”.¹⁴⁰

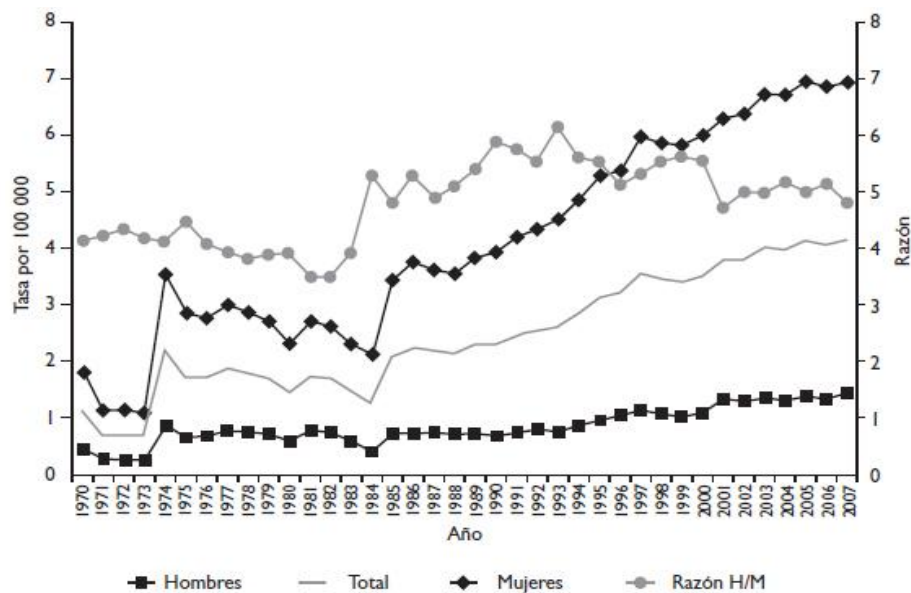


FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA REPÚBLICA MEXICANA POR SEXO, 1970-2007

Fuente: Guilherme Borges, et al., “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”, [en línea], México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010], p.295.

¹⁴⁰ Guilherme Borges, et al., “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”, [en línea], México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010], p. 293.

En 2007 se incrementó el número de víctimas entre 15 y 29 años de edad siendo una de las primeras causas de muerte en este rango de edad. El suicidio se presentó más en los hombres en un 4.8% por uno en mujeres (Anexo Figura 2).

Guilherme Borges, investigador de Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), afirmó, según un boletín, que “el intento de suicidio es más común en la población joven, 12 a 17 años, 4 por cada 100. Alrededor de 3.7 de 18 a 29, y disminuye en la población de más edad”.¹⁴¹

El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), se refirió a éste estudio y confirmó, en el mencionado Boletín, que en el Distrito Federal se detectaron antecedentes de algún trastorno mental en el 81 por ciento de los adolescentes que tuvieron ideas suicidas; los que tenían algún plan suicida representan el 89 por ciento; y los que intentaron suicidarse constituyen el 82 por ciento. Asimismo, indica que la directora del IMJUVE, Priscila Vera Hernández afirmó que 3 millones 321 mil jóvenes, entre 12 y 29 años de edad revelaron haber tenido una ideación suicida.

El estudio *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual* reveló que de los 121 casos de adolescentes que intentaron suicidarse: El 85.44% manifestaron tener algún trastorno mental. Asimismo, más de la mitad de las mujeres expresaron tener un trastorno del estado de ánimo y en los hombres se presentó en un 30%.

El doctor Quetzalcóatl Hernández, miembro fundador de la Asociación Mexicana de Suicidología, A.C., asegura que los trastornos depresivos son los que más se presentan en los adolescentes víctimas de suicidio “variando desde un 49% a un 64%”.¹⁴² Considera que el abuso de sustancias es un factor de riesgo sobre todo en los hombres suicidas y reconoce que existe una alta comorbilidad entre este factor y los trastornos afectivos. “Los trastornos de la conducta también son comunes en suicidas varones. Aproximadamente un tercio de los varones suicidas han tenido un trastorno de conducta, frecuentemente asociado a trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, o de abuso de sustancias”.¹⁴³

¹⁴¹ Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), “En México, el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en los jóvenes: IMJUVE”, *Boletín No. 64*, [en línea], México, Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), 9 de septiembre de 2009, Dirección URL: http://www.imjuventud.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=48, [consulta: 28 de diciembre de 2009].

¹⁴² Quetzalcóatl Hernández Cervantes, *Características personales asociadas al riesgo suicida adolescente*, [en línea], México, 2010, Dirección URL: <http://vivepsicologia.org/riesgo.html>, [consulta: 7 agosto de 2010].

¹⁴³ *Idem*.

En el 2007 el suicidio fue la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años (Anexo cuadro I). De los 4 388 suicidios que se registraron: En ambos sexos la primera causa fue el ahorcamiento (76%). La segunda causa en las mujeres fue envenenamiento y en los hombres el uso de arma de fuego (Anexo cuadro II).¹⁴⁴

...el suicidio consumado es más común en hombres. Éstos han sido los que han visto los incrementos más importantes en la tasa de suicidio en años recientes y en ocasiones usan métodos más violentos. Al contrario, la conducta suicida (ideación, planes e intento) es más frecuente entre las mujeres de México.¹⁴⁵

Villardón destaca que las situaciones o acontecimientos que son estresantes o complicadas para el individuo tienen relación con el suicidio y frecuentemente se relacionan con la “pérdida y el conflicto interpersonal”.¹⁴⁶ Esta autora asegura que en los adolescentes se ha encontrado que los eventos que más se presentan como estresantes son: presión de la escuela, disfunción familiar, terminar una relación amorosa, enfermedades y la falta de apoyo social tanto de la familia como de los amigos.

Al respecto, el Titular de la División de Psicología Clínica del Consejo Directivo de la Sociedad Mexicana de Psicología, A.C., doctor Quetzalcóatl Hernández asegura que entre otros sucesos estresantes que vive el adolescente y que se asocian al suicidio e intento del mismo se reconocen: pérdidas personales, problemas legales o conductuales. Asimismo, señala que los estudios sobre suicidio indican que el nivel socioeconómico tiene un impacto menor en este fenómeno. Agrega, que otros factores que aumentan el riesgo de ideación suicida son: los conflictos con los padres, el abuso físico y sexual, el divorcio de los padres y el bullying.

Las investigaciones revelan que la psicopatología de los padres como la depresión y abuso de sustancias así como antecedentes de algún miembro de la familia que hay intentado o consumado el suicidio han sido considerados factores de riesgo en los adolescentes.

Asimismo, Villardón explica que biológicamente intervienen en la conducta suicida: los niveles de serotonina, los neurotransmisores, así como “las características

¹⁴⁴ Guilherme Borges, et al., *op. cit.*, p. 297

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 303.

¹⁴⁶ Lourdes Villardón Gallego, *op. cit.*, p. 64.

genéticas del individuo, en relación a la presencia de enfermedades psiquiátricas en la familia o en ellos mismos...”¹⁴⁷

En las madres entrevistadas y familiares se observó que también presentaron depresión lo que coincide con los resultados que las investigaciones han demostrado en relación a que los hijos de madres depresivas tienden a desarrollar depresión. Asimismo, la ideación e intento de suicidio por parte de sus madres se presenta como antecedente familiar y, en consecuencia, como un factor de riesgo en los jóvenes entrevistados:

Gloria (madre de Rafael): *Antes de enterarme que mi marido me engañaba ya no quería salir, me sentía sola y triste. Cuando mi esposo me dejó, me deprimí. Me quería matar. Intente suicidarme tomándome un frasco de pastillas. En ese momento pensaba: Él me lastimó, me hizo daño, que cargué con la culpa de mi muerte. Si él no estaba conmigo sentía que no valía. En ese tiempo, no hacía nada. Siempre estaba encerrada y llorando. No comía y bajé de peso. Sólo fumaba y tomaba café. Me la pasaba pensando en él. Me olvidé de mis hijos: no sabía si iban a la escuela o si comían. Cuando me decían que tenían hambre, les gritaba y los insultaba. La depresión me duro meses. Recapacité, ahora creo que ni él, ni ningún hombre valen la pena.*

Ana (Madre de Rodrigo): *Una vez pensé en suicidarme. Fueron momentos difíciles, no sabía cómo y cuándo. Creo que Dios me ayudó a darme cuenta que mi hijo me necesitaba y que podíamos salir adelante a pesar de todos los problemas que teníamos. Reconocí que tenía una enfermedad que había afectado también a mi hijo y que los dos necesitábamos ayuda.*

Adriana (madre de Laura): *Estaba tan desesperada con la enfermedad de mi hija y los problemas económicos que en una ocasión le pegué y la pateé. Pensé una gran estupidez, lo peor... matarla y después matarme para terminar con todos los problemas. Fue un momento de desesperación, sólo pasó por mi mente pero nunca pensé cómo hacerlo. Yo no quería que mi hija sufriera y tampoco quería sufrir yo. En otra ocasión, estaba tan desesperada y mi dolor era tan grande que pensé sólo en terminar con mi vida. Me arrepiento de haber pensado así. Me sentía tan sola... pero gracias a Dios no lo hice.*

El doctor Rodríguez afirma que otros factores de riesgo en la conducta suicida son: la dificultad que tiene el individuo para resolver sus problemas, el pesimismo, la baja autoestima y la baja tolerancia a la frustración. “El individuo piensa que no tienen alternativas de solución ante determinado problema. Son personas que fácilmente se derrotan porque tienen poca tolerancia a la frustración. Se confunden y ven como única salida al suicidio”.

Esperanza (madre de Jorge): *Mi papá intento suicidarse. Trabajaba en una empresa en la que tenía que utilizar motocicleta y un día manejo a exceso de velocidad y tuvo un accidente. Lo tuvieron que operar por las lesiones que sufrió. El psiquiatra nos dijo que tenía que estar en tratamiento porque tenía una depresión muy fuerte y había intentado suicidarse.*

¹⁴⁷ Lourdes Villardón Gallego, *op. cit.*, p. 65.

Por su parte, Villardón asegura que el suicidio se relaciona con el estado mental suicida y lo define como “el conjunto de características psicológicas que acompañan la conducta suicida. Las variables que lo forman son la depresión, la desesperanza, la baja autoestima, la soledad, la falta de razones para vivir y las expectativas positivas en cuanto a la eficacia de la conducta suicida como medio para resolver los problemas”.¹⁴⁸ Estas variables interaccionan entre sí y explican junto con los factores que se han reseñado anteriormente porque se manifiesta este fenómeno.

De acuerdo con diversos autores, considero que la depresión es un grave problema de salud pública. Es un fenómeno multifactorial debido a que influyen diversos factores de riesgo: genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociales, ambientales e individuales que interactúan entre sí y que hacen vulnerables a los adolescentes a sufrir este trastorno. Como hemos visto una persona con antecedentes familiares o genéticos tiene más probabilidades de presentar depresión cuando vive acontecimientos estresantes. En este sentido, la personalidad del individuo, el apoyo familiar y social son fundamentales para que el joven afronte las adversidades.

Se ha destacado que la mujer es más propensa que el hombre a padecer depresión debido a las variaciones en la producción de hormonas sexuales, aunado al estrés que vive por las múltiples ocupaciones que desempeña como el cuidado de los hijos y del hogar, el trabajo, agregado a otro tipo de dificultades como: la violencia física, sexual y psicológica, el desempleo, la pobreza y problemas con su pareja.

El adolescente depresivo que no es tratado a tiempo puede afectar: su desarrollo personal; sus relaciones interpersonales; su desempeño escolar. Asimismo, puede presentar episodios depresivos en la etapa adulta incidiendo en su desempeño laboral, agravando las enfermedades físicas y propiciando conflictos en sus relaciones sociales, además de afectar su funcionamiento en todos los ámbitos en los que se desenvuelve.

Las consecuencias más graves de la depresión son el consumo de drogas y el suicidio. La drogadicción produce otro tipo de riesgos como: conductas antisociales, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas,

¹⁴⁸ Lourdes Villardón Gallego, *op. cit.*, p. 67.

etcétera. Estas situaciones pueden producir otro tipo de conflictos más difíciles de afrontar para el adolescente que lo pueden hacer sentir que no existe otra solución y puede terminar con su vida. En este contexto, la depresión genera un grave coste social, pero sobre todo un sufrimiento difícil de describir para el individuo y su familia.

El consumo de drogas es un fenómeno tan complejo como el suicidio, al igual que la depresión. Estas problemáticas están muy relacionadas, en todas ellas intervienen diversos factores que interactúan y se influyen mutuamente para producirlas. De acuerdo a los expertos es necesario, establecer programas preventivos y terapéuticos para prevenir, detectar y tratar a los adolescentes que sufren este trastorno para evitar que se desencadenen otros problemas que no sólo afectan al individuo y a su familia sino que debilitan y deterioran el tejido social. Asimismo, el conocer los factores protectores y de riesgo, que se han reseñado, ayudaran al individuo a aplicar las estrategias más apropiadas a su situación personal y contexto para prevenir, en gran medida, que se presente este trastorno. En este sentido, la información difundida a través de campañas preventivas juega un papel muy importante para dar a conocer a la población en general que es la depresión, sus causas y consecuencias.

CAPÍTULO V

La salida del túnel

*Si no está en tus manos cambiar una situación
que te produce dolor, siempre podrás escoger
la actitud con la que afrontes ese sufrimiento.
Viktor Frankl.*

Mi mamá se enteró de este centro (CECOSAM) y estamos en terapia desde hace un año. No quería venir porque pensé que todos los que asistían aquí estaban locos. La primera vez que vine me puse lentes oscuros y me cubrí con la capucha de mi sudadera, no quería que nadie me reconociera. Después vi que llegaban chavos y chavas de mi edad acompañados de su mamá y me dio menos pena. Me di cuenta que no soy el único que tiene problemas.-Relata Rodrigo.

Los psiquiatras Mario Valdivia y Ma. Isabel Condeza, en el libro *Psiquiatría del adolescente*, afirman que el tratamiento de la depresión es multimodal debido a que trabaja las áreas individual, familiar y social. Los tratamientos incluyen tres niveles: psicoeducación, psicoterapia y farmacoterapia.

La psicoeducación se enfoca en tres aspectos: el paciente, la familia y la escuela. Al respecto, la doctora Sosa¹⁴⁹ explica que la psicoeducación consiste en una serie de estrategias que involucran al paciente y a su familia con el objetivo de que conozcan todo los aspectos relacionados con la enfermedad y cómo enfrentarla. La especialista resalta que los pacientes que acuden a la Clínica de la Adolescencia, a diferencia de otras instituciones en donde los pacientes acuden obligados porque ya son casos graves o requieren hospitalización, es que los pacientes asisten a esta institución por su propia voluntad y eso permite realizar el proceso de psicoeducación al mismo tiempo de iniciar el tratamiento. La experta agrega, las estrategias que se manejan son muy diversas como: los talleres para padres y los adolescentes: “Actualmente hay grupos de psicoeducación para los adolescentes y en todos los casos que vienen por primera vez se individualiza para que la psicoeducación sea específica a las necesidades de cada persona”.

¹⁴⁹ Entrevista con el Dra. Liz Sosa Mora, México, D.F., marzo 8 de 2011.

En este sentido, el doctor Rodríguez¹⁵⁰ señala que en las escuelas deben de trabajar la prevención primaria para prevenir la enfermedad. Destaca que la psicoeducación es muy importante a nivel institucional y su objetivo es informar y sensibilizar al paciente y sus familiares acerca de la enfermedad. Sin embargo, subraya “no sólo es informar, sino romper mitos y creencias acerca de ella”. El experto explica que la psicoeducación se trabaja en dos grupos: El primer nivel de psicoeducación lo trabaja las enfermeras asesoradas por un psiquiatra infantil y se imparten seis sesiones para que los padres de familia conozcan qué es la enfermedad, en qué consiste el diagnóstico y el tratamiento. El segundo nivel –abunda- ya es más detallado y específico lo pueden impartir los psicólogos y los médicos, se les aclara a los padres de familia qué es el medicamento para qué sirve así como el seguimiento del tratamiento. El especialista afirma que diariamente CECOSAM atienden diecinueve oficinas, aproximadamente, de pacientes que envían las escuelas. Se les brindan pláticas y orientación como parte de la promoción y fomento a la salud. Subraya que hace falta un programa de prevención específico a nivel nacional para detectar este tipo de casos para su debida atención y aplicar la prevención primaria ampliamente para evitar el desarrollo de este tipo de trastornos, advierte.

Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos se utilizan en casos de depresión severa y psicótica. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), los antidepresivos “normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina...estas sustancias químicas...participan en la regulación de los estados de ánimo...”¹⁵¹

Por otro lado, la doctora Sosa explica que el tratamiento va a depender de la severidad de los síntomas. En los casos leves es posible que con una intervención familiar o ambiental haya un cambio en la sintomatología. En los casos moderados que

¹⁵⁰ Entrevista con el Dr. Héctor Rodríguez Juárez, México, D.F., marzo 7 de 2011.

¹⁵¹ Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), *Depresión*, [en línea], Estados Unidos, Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), núm. SP 09 3561, Enero de 2009, Dirección URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>. [Consulta: 25 de noviembre de 2009], p.12.

tienen una severa disfunción, al inicio del tratamiento, o en casos graves en donde hay ideación o intento suicida el tratamiento más indicado es el farmacológico. La experta abunda, el tratamiento farmacológico de elección para adolescentes con un cuadro depresivo como diagnóstico principal es un tipo de medicamento antidepresivo perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e incluyen: Citalopram, Escitalopran, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina y Sertralina. “El más estudiado y el aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) es la Fluoxetina pero pueden utilizarse algunos otros antidepresivos que también han mostrado resultados eficaces en el tratamiento de la depresión en jóvenes como la sertralina y citalopram”.

Al respecto, el doctor Rodríguez coincide con la doctora Sosa y aclara que se ha demostrado que únicamente, de acuerdo a estudios controlados y según la FDA en Estados Unidos, la Fluoxetina o Prozac es el más indicado para niños y adolescentes con depresión. “Los estudios indican que para evitar recaídas el tratamiento debe de ser aproximadamente de 10 meses junto con la psicoterapia”, aclara.

Es importante señalar que existen otros tipos de antidepresivos pero no todos están aprobados para niños y adolescentes. Los expertos señalan que los antidepresivos ISRS además de ser recomendados para tratar el trastorno depresivo mayor se utilizan para el tratamiento de otros padecimientos como los trastornos de ansiedad (trastorno de angustia, de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, de estrés postraumático) y bulimia nerviosa, entre otros.

Un estudio encontró que en los pacientes tratados con Fluoxetina disminuye la ideación y la frecuencia de suicidios. Al analizar 18 ensayos clínicos de 2200 pacientes tratados con este medicamento “se demostró que el tratamiento antidepresivo disminuye y resuelve rápidamente la ideación suicida”.¹⁵²

Sin embargo, el especialista en psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), doctor Enrique Chávez-León y colaboradores afirman, en su reseña *Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5TH)*, que el uso de antidepresivos debe de ser indicado y supervisado por un especialista ya

¹⁵² Enrique Chávez-León; Martha Patricia Ontiveros Uribe; Carlos Serrano Gómez, “Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5TH)”, [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 31, núm. 4, Julio-Agosto de 2008, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3104/sm3104307.pdf>, [consulta: 5 de enero de 2011], p. 317.

que se ha sugerido que el medicamento propicia, en algunos casos en las dos primeras semanas de tratamiento, un riesgo al suicidio: “La aparición de síntomas de inquietud, agitación o disforia pueden provocar ideación suicida”.¹⁵³

Al respecto, el doctor Rodríguez asegura que el mecanismo de acción de los antidepresivos hace que aumente el impulso vital y si el paciente tiene ideas o intentos suicidas antes de iniciar el tratamiento “se crea un factor de riesgo que puede producir un intento suicida pero no quiere decir que el medicamento lo provoque”, asegura.

Por otra parte, el Coordinador de Psicología Clínica de la Universidad Anáhuac, doctor Chávez-León y colaboradores, explican que se realizó un metaanálisis de 27 ensayos clínicos, incluidos estudios utilizados por la FDA, además de siete estudios más con pacientes con depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad y se encontró que los antidepresivos eran eficaces y la frecuencia de suicidalidad relacionada con el uso de los mismos fue de “3%, un índice 25% más abajo que el calculado por la FDA y 2% con placebo, similar al de la FDA”. Los investigadores de dicho estudio determinaron que el beneficio de los antidepresivos era mayor que el riesgo de suicidalidad.

El doctor Rodríguez comenta que los pacientes tratados con fluoxetina comienzan a tener resultados en dos o tres semanas después de iniciar el tratamiento. “El medicamento ayuda a los chicos junto con la psicoterapia. Se sienten más tranquilos, su estado de ánimo aumenta, son más funcionales, menos nerviosos y sienten menos desesperanza”.

Jorge: *Mi mamá me preguntó si quería venir a CECOSAM porque tenía muchos problemas. En la clínica me recetaron unas pastillas y unas cápsulas después de un tiempo de tomarlas, me sentí mejor, sin ansiedad, más animado y menos enojado.*

La doctora Sosa explica que cuando existe una comorbilidad siempre se debe evaluar cuál es el diagnóstico más severo para tratarlo inicialmente y después atender los otros trastornos. “Sólo cuando ya se estabiliza la depresión se podrían combinar medicamentos para ambos trastornos”. Resalta que en la mayoría de los casos el episodio depresivo es el diagnóstico principal sobre todo cuando es moderado a severo con ideación suicida.

¹⁵³ Enrique Chávez-León; Martha Patricia Ontiveros Uribe; Carlos Serrano Gómez, *op. cit.*, p. 316.

Alejandra: *Tengo tres años en terapia en este Centro. La psiquiatra me recetó antidepresivos y otro medicamento. A veces no me los tomaba porque me daba mucho sueño. Me acaban de suspender el medicamento porque ya me siento mejor.*

El medicamento se recomienda para todo tipo de depresión moderada y grave. A veces la depresión si es leve se puede tratar con psicoterapia sin dar medicamento, siempre y cuando esté funcionando el individuo, pero “va a depender de cada caso y de la indicación del médico”. Sin embargo, cuando el paciente presenta una depresión grave y ha tenido algún intento de suicidio puede requerir hospitalización, enfatiza el doctor Rodríguez.

Rafael: *La psiquiatra me recetó medicamentos y tomo terapia individual. Ya me porto mejor. Casi ya no hago travesuras y no tengo tantos problemas como antes.*

El doctor Rodríguez agrega, las reacciones secundarias que presentan los pacientes que toman antidepresivos son: náusea, dolor de cabeza, mareo y diarrea, con menos frecuencia comezón y sarpullido, y raramente produce temblor de manos y pies, confusión y fiebre.

Por otro lado, la doctora Sosa explica que el tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar está constituido por los denominados estabilizadores del estado de ánimo que incluyen: Valproato de Magnesio, la Carbazepina y el Litio. “Hay algunos estudios que muestran eficacia con otros estabilizadores de ánimo que podrían funcionar, por supuesto el tratamiento depende del caso”.

Por su parte, la investigadora en trastornos psiquiátricos en hijos de padres con trastorno bipolar, doctora Zavaleta afirma que el tratamiento “farmacológico es la piedra angular para el trastorno bipolar debido a que su origen es biológico”. Aclara que la función de los estabilizadores es mantener el estado de ánimo del paciente estable. Además, se pueden utilizar antidepresivos cuando el adolescente está en la fase depresiva así como antipsicóticos cuando la manía es muy grave. La especialista resalta que se puede combinar el tratamiento farmacológico con alguna terapia pero es muy importante la psicoeducación para que la familia aprenda a reconocer los síntomas y entender la enfermedad.

Por otro lado, la doctora Sosa asegura que hay pocas investigaciones acerca de cuál es el tratamiento más eficaz para el tratamiento bipolar en niños y adolescentes

porque el diagnóstico se hace principalmente en adultos. “En el 2010 sólo se detectaron 10 casos de adolescentes que presentaron este trastorno en la Clínica de la Adolescencia”. La experta abunda, los síntomas del trastorno bipolar en adolescentes son más difíciles de identificar. En algunos casos, lo que se observa es el primer episodio depresivo de un trastorno bipolar, por lo que tenemos que hacer un seguimiento a largo plazo para un diagnóstico certero. Sin embargo, subraya, todos los tratamientos van a ser incompletos si no se les da el apoyo psicosocial de las psicoterapias más estudiadas: la cognitivo conductual e interpersonal. Este tipo de terapias se utilizan como parte del tratamiento y ayudan a prevenir recaídas, puntualiza.

Cambiando mí forma de pensar

Psicoterapia cognitivo-conductual (TCC).

El doctor Rodríguez explica que este tipo de terapia considera que la persona depresiva distorsiona la realidad y tiene un pensamiento negativo que le genera sentimientos, emociones y conductas disfuncionales. El experto abunda, la terapia cognitivo-conductual aplica estrategias para cuestionar, reevaluar, afrontar y cambiar los pensamientos negativos por otros más positivos y reales. El terapeuta brinda recursos al paciente para identificar, modificar creencias y conductas negativas así como desarrollar habilidades para resolver sus problemas. Se requiere que el paciente participe activamente y realice tareas en el hogar en las cuales ponga en práctica estas nuevas formas de pensamiento y comportamiento, concluye.

Algunos estudios han demostrado que esta terapia es un tratamiento eficaz para: la depresión unipolar de leve a moderada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, estrés postraumático, fobia social, trastornos de conducta alimentaria y depresión infantil, entre otros trastornos.

Jorge: *He tomado terapias individual y de grupo durante casi dos años, ha cambiado mi forma de pensar porque antes creía que todos estaban en mi contra y ha mejorado la relación con mis padres.*

Mejorando mis relaciones interpersonales

Terapia interpersonal (TIP).

Según A. Fernández y colaboradores, en su reseña *La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio*, esta terapia considera que la depresión se relaciona con problemas que se manifiestan en cuatro aspectos:

Duelo. La terapia se centra en esta área cuando el individuo tiene problemas para elaborar el proceso de duelo. Sus objetivos son facilitar dicho proceso y ayudarlo a tener nuevos intereses y relaciones que puedan sustituir lo perdido.

Disputas o conflictos con otros. Se trabaja cuando hay circunstancias “interpersonales en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa”.¹⁵⁴ Sus objetivos son identificar el conflicto y elaborar un plan estratégico para “modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas”. Ayuda al paciente a entender cómo dichas expectativas se relacionan con el conflicto y propicia estrategias que pueden resolver el problema así como a la negociación de roles.

Transiciones de rol. Busca ayudar al paciente cuando tiene problemas para ajustarse a los cambios para desempeñar un nuevo rol relacionado a pérdidas de vínculos sociales o familiares; así como el manejo de emociones negativas, baja autoestima y exigencia de habilidades. Su objetivo es ayudar a aceptar y superar el duelo por el rol anterior y favorecer un enfoque positivo del nuevo, además de restablecer la autoestima del sujeto para ejercer su nuevo papel.

Dificultades con las habilidades interpersonales. La terapia se enfoca en esta área cuando el individuo tiene pocas relaciones o no son adecuadas. Sus objetivos son disminuir el aislamiento social de la persona y ayudarla a establecer nuevas relaciones.

De acuerdo a Alfonso Chinchilla Moreno, en su libro *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*, la terapia interpersonal trata de reducir los síntomas de la depresión. Ayuda al paciente a desarrollar habilidades sociales y de comunicación

¹⁵⁴ Alberto Fernández Liria, et al., “La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio”, [en línea], Madrid, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997, vol. XVII, núm. 64, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Dirección URL: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1997/revista-64/03-la-terapia-interpersonal-de-la-depresion.pdf>, [consulta: 17 de enero de 2011], p. 633.

para mejorar sus relaciones interpersonales, aumentar su autoestima y funcionar de forma apropiada en sus ámbitos sociales. Se enfoca en los aspectos actuales de la enfermedad, sin embargo, “intenta ayudar a la resolución de problemas futuros y el planteamiento de sus propias metas personales”.¹⁵⁵

Algunos autores indican que la TIP se puede aplicar para tratar enfermedades psiquiátricas como: distimia, trastorno bipolar, fobia social, bulimia nerviosa y trastorno de pánico, entre otros padecimientos.

Ahora sé... que no estoy solo

Psicoterapia de grupo. Según los expertos este tipo de terapia puede estar basada en estrategias y técnicas de alguna de las anteriores psicoterapias o se pueden combinar. La psicoterapia de grupo brinda un entorno seguro al paciente donde comparte sus experiencias, sentimientos y pensamientos con otras personas. Se recomienda para los adolescentes que tienen conflictos de relación con la autoridad o viven aislados y conviven poco con sus pares.

La doctora Sosa explica que en la Clínica de la Adolescencia se trabaja con un grupo psicoeducativo para padres que tienen hijos con trastornos internalizados¹⁵⁶ y un grupo de psicoterapia para esos pacientes. Algunos de los temas que se abordan son:

- Adolescencia normal
- Autoestima y sexualidad
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del estado de ánimo: depresión y trastorno bipolar.

Estos talleres se imparten independientemente de que cada médico brinda un tratamiento individualizado a cada paciente. También hay otro grupo psicoeducativo para padres de trastornos externalizados¹⁵⁷ y un grupo de pacientes para este tipo de trastornos, indica la experta.

¹⁵⁵ Alfonso Chinchilla Moreno, *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*, Madrid, Médica Panamericana, 2008, p. 325.

¹⁵⁶ Trastornos internalizados: Son aquellos padecimientos en los cuales los síntomas son percibidos por aquel que los padece como: la depresión, el trastorno bipolar y la ansiedad.

¹⁵⁷ Trastornos externalizados: Son trastornos cuyos síntomas son percibidos por la gente externa y que en ocasiones el individuo no los identifica como: el TDAH, los trastornos de conducta que incluye el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial.

El doctor Rodríguez explica que el grupo de psicología terapéutica trabaja con grupos psicoeducativos enfocados a la terapia emocional con pacientes que tienen TDAH y depresión. Esta terapia está enfocada a entender su padecimiento así como mejorar su ambiente familiar.

Ayuda a los pacientes a saber qué problemas emocionales, carencias o frustraciones ocasionaron que su equipo biológico y psicológico se fracturara emocionalmente. Al hablar del otro o hablar de sí mismos logran entender lo que pasó. Los integrantes del grupo se escuchan así mismos y proyectan sus pensamientos e ideas en los otros, se identifican con ellos, así gracias a la técnica y al propio terapeuta va entendiendo su trastorno.

El especialista agrega, también se forman 2 grupos terapéuticos para padres que se enfocan en la modificación de conducta: el primero tiene como objetivo que los padres comprendan el padecimiento de su hijo así como aprender aspectos de la dinámica familiar para mejorarlos como: la comunicación, los límites y la disciplina. En el segundo grupo los padres aplican la modificación de conducta más acorde a su núcleo familiar, concluye Rodríguez

Laura: *Las terapias y los medicamentos me han ayudado mucho. Duermo mejor y me siento más alegre.*

Adriana (madre de Laura): *Tiene casi un año de tratamiento. Hemos tomado terapia de grupo. Aprendimos a darnos nuestro espacio, respetarnos, entendernos y comprender su enfermedad y su adolescencia.*

La importancia de la familia en la recuperación

La doctora Gama explica que la terapia sistémica trabaja las relaciones interpersonales, sus interacciones y la comunicación que se da entre los integrantes que forman una familia o una pareja para conocer su psicopatología pero al mismo tiempo se deben conocer sus fortalezas para poder intervenir. Se analizan los conflictos que están afectando a alguno de ellos o que causan la disfunción familiar: “Muchas veces en la terapia de pareja no quiere venir alguno de los dos, frecuentemente es el esposo. Sin embargo, si asiste la señora entonces con ella trabajamos una especie de terapia individual pero con un enfoque sistémico”.

Adriana (madre de Laura): *Las terapias me ayudaron mucho. Saqué todo lo que me lastimaba. Emocionalmente estaba muy dañada aparentemente ayudaba a mi hija pero no la aceptaba. Un tiempo si le pegué porque sentía la presión de los maestros porque no aprendía y sé que la lastime mucho. En las terapias aprendí que no le tenía que pegar, ni presionarla porque mi hija retrocedía en lugar de avanzar.*

Gloria (madre de Rafael): *Sé que las terapias les van a servir mucho a mis hijos y a mí. Voy a comenzar a tomar terapias individuales y también terapia familiar para salir adelante.*

Al respecto, el doctor Rodríguez señala que la Terapia Familiar es difícil de aplicar debido a que “hay mucha resistencia y obstáculos por parte de las familias”.

Por otro lado, la doctora Sosa señala que en la Clínica de la Adolescencia cuando se considera que la familia requiere una terapia familiar, sus integrantes deben de estar dispuestos a trabajarla y en este caso se canalizan a un terapeuta familiar. Independientemente, abunda, como psiquiatras infantiles y de la adolescencia estamos preparados y realizamos intervenciones familiares para evaluar la dinámica familiar y aplicar estrategias que permitan el mejor funcionamiento de la familia.

Los especialistas recomiendan que en los casos graves se combinen la psicoterapia y los medicamentos. En este sentido, Fidel de la Garza refiere que Nemeroff realizó una investigación con 315 personas con depresión crónica y antecedentes traumáticos en la infancia: El 33% perdió a alguno de los padres, 45%, sufrió abuso físico, 16% padeció abuso sexual y 10% fue abandonado. Los resultados del estudio demostraron que los sujetos evolucionaban mejor con psicoterapia con o sin medicamentos que con la medicación solamente.¹⁵⁸

Rodrigo: *Estoy tomando medicamentos y tomo terapia con la psicóloga y el psiquiatra. Me he sentido más tranquilo aunque es difícil hablar de lo que siento, ahora escucho y hablo más con mi mamá, trato de entenderla y ayudarla en la casa. Entendí que mis problemas tienen solución y que puedo tener otros amigos.*

Por otro lado, la doctora Sosa aclara que la hospitalización se recomienda en los casos muy graves en donde el paciente tenga ideación suicida o haya intentando suicidarse y no tenga una red de apoyo familiar o social adecuada. También, -continúa- es recomendable en casos en los que la persona presenta síntomas psicóticos y está fuera de la realidad o tiene conductas agresivas que pueden poner en riesgo su

¹⁵⁸ Garza, Fidel de la, *Depresión en la infancia y adolescencia*, México, Trillas, 2007, 1ra. edición, p. 92.

integridad física o la vida de los demás”. En este sentido, el doctor Rodríguez comenta que la valoración del psiquiatra es muy importante para determinar si el paciente requiere medicamento y/o psicoterapia o de cuidados de hospitalización.

¿Quién me puede ayudar?

Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM)

El doctor Rodríguez explica que el Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa (CECOSAM) es una unidad de primer nivel especializada cuya función es atender y ofrecer a los pacientes un tratamiento integral. El funcionario comenta que las personas que requieren los servicios que brinda la institución deben de presentarse de lunes a viernes a las 7:00 a.m. Se cobra una cuota mínima de acuerdo al nivel socioeconómico e incluso en algunos casos se puede apoyar a algunos pacientes de bajos recursos con medicamentos según la disponibilidad y su situación económica así como la evaluación clínica psiquiátrica que se realice:

En el 2010 fueron beneficiados 1500 pacientes con medicamentos. Este apoyo se otorga siempre y cuando se comprometan los familiares y el paciente porque hay una gran deserción entre el 28% y el 40% debido a que son enviados por las escuelas forzosamente y solamente requieren del carnet para justificar y otros porque no están sensibilizados ante la enfermedad y sienten que no es una necesidad real.

El especialista abunda, a la persona que solicita el servicio se le elabora su historia clínica, evaluación, diagnóstico y se determina su tratamiento. En los casos leves y moderados se trabaja con el paciente y se le informa al familiar responsable lo que es la depresión tratando de sensibilizarlo, además se le explica cuál es el tratamiento a seguir. Se les da un tríptico explicativo de lo que es la depresión, cuáles son sus causas o factores de riesgo y las consecuencias de no tratar la enfermedad. En el 2010 –destaca- se atendieron 19 600 pacientes subsecuentes y 3400 de primera vez. El 70% de estos pacientes son niños y adolescentes que padecen TDAH comórbido con depresión, ansiedad y trastorno disocial. El 30% son adultos que tienen depresión con ansiedad, concluye el experto.

Clínica de la Adolescencia

La doctora Sosa comenta que la Clínica de la Adolescencia “surge ante la necesidad de tratar de forma especializada a pacientes menores de edad que forman una población específica y diferente al tratamiento que se da a los adultos”.

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Doctor Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) cuenta con varias clínicas de subespecialidad incluidas en la psiquiatría para tratar diversos trastornos específicos:

- Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Clínica de Adicciones
- Clínica de Trastornos del Afecto
- Clínica del Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Clínica del Sueño
- Clínica de Género y Sexualidad
- Clínica de Esquizofrenia

La doctora Sosa explica que cuando el diagnóstico principal en los adolescentes es alguno de estos trastornos se canalizan directamente a la clínica correspondiente, sin embargo, las clínicas solicitan interconsulta a la Clínica de la Adolescencia en el caso de los pacientes adolescentes. Los menores de 18 años –aclara- ingresan a la Clínica de la Adolescencia y se solicitan las interconsultas a las otras clínicas especializadas que se consideren de acuerdo a la evaluación de cada caso. Cuando el diagnóstico principal es trastorno bipolar se trasfiere a la Clínica de Trastornos del Afecto. La especialista señala que en todos los casos que requieren el servicio de consulta especializada de paidopsiquiatría se responsabiliza al paciente y sus familiares del tratamiento.

Para obtener el servicio de consulta el paciente tiene que presentarse acompañado de un familiar adulto y asistir al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de lunes a viernes a las 7:00 a.m. a solicitar una ficha en el servicio de preconsulta. El paciente es evaluado por un médico psiquiatra, -explica la especialista- quien determina si tiene depresión o algún otro trastorno que podría ser atendido en la

institución. “Si se considera que requiere la atención que se otorga entonces se canaliza a la Clínica de la Adolescencia en donde se elabora su historia clínica, la evaluación de primera vez y proponemos un plan de tratamiento individual”.

En todos los casos, se le hace un estudio socioeconómico a cada paciente a partir del cual se determina el costo de las consultas y los estudios que va a necesitar durante su tratamiento. Abunda, la Clínica de la Adolescencia atiende aproximadamente 450 pacientes adolescentes con diferentes diagnósticos, sin embargo, predominan los diagnósticos de depresión y TDAH comórbido con otros trastornos. La doctora Sosa asegura que los pacientes con un cuadro depresivo se recuperan en un 90%, el TDAH se controla o se mejora en un 60% a un 80%. Sin embargo -aclara- la recuperación del paciente no sólo depende de los servicios que se otorgan y los especialistas, “muchos pacientes abandonan el tratamiento por diversas razones. Hay personas que en el tercer mes ya se sienten bien, entonces ya no vienen y regresan posteriormente con una recaída del cuadro depresivo”, concluye la experta.

Inteligencia Emocional para prevenir la depresión

*Estando siempre dispuestos a ser felices,
es inevitable no serlo alguna vez.
Blaise Pascal*

El gran aumento de casos de depresión, ansiedad y otro tipo de trastornos se asocian como diversos factores, como hemos visto anteriormente, desde el origen genético hasta la personalidad del individuo, la cual es determinante en cómo afronta los desafíos de la vida. En este sentido, los seres humanos contamos con una instrumento que poseemos en mayor o menor medida y que nos puede ayudar a mejorar nuestra calidad de vida y evitar ser presas de la depresión e incluso puede contribuir a mejorar si se sufre este trastorno, me refiero a la Inteligencia Emocional (IE) que nos permite afrontar las situaciones estresantes y los retos que nos impone la vida de manera positiva, sin duda alguna no se acabarían nuestros problemas pero si se reducirá el daño emocional y contaremos con herramientas para salir adelante ante las adversidades de la vida.

En este sentido, las investigaciones han demostrado que la Inteligencia Emocional (IE) es un factor protector de los estados emocionales negativos y puede ayudar a los adolescentes a mejorar su nivel de bienestar psicológico, a tener un desarrollo positivo, un mayor éxito académico y satisfacción personal.

Al respecto, la creadora del Programa para el Desarrollo de la Inteligencia Emocional y las Habilidades Sociales: *Alcanzando la Excelencia Emocional para alumnos de preescolar, primaria y secundaria*, Sofía Smeke Mizrahi¹⁵⁹ afirma que la inteligencia emocional puede prevenir que un chico padezca depresión, sin embargo, “no podemos decir que la va evitar al cien por ciento”, ni tampoco asegura que una persona que la desarrolle desde la infancia no va a tener problemas en su vida, “no es real, es muy utópico pero definitivamente un chico que desarrolla la inteligencia emocional va a tener mayores herramientas para enfrentar todos sus problemas y por lo tanto tiene menos probabilidades de padecer depresión, ansiedad o una adicción”.

Las investigaciones aseguran que las personas con menor Inteligencia Emocional (IE) tienen una autoestima más baja, tienen mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad, violencia, trastornos alimentarios y abuso de drogas. Antes de definir lo que es la Inteligencia Emocional (IE) es preciso señalar que se entiende por inteligencia y emoción.

La licenciada en pedagogía Sofía Smeke afirma que tradicionalmente la inteligencia se ha descrito como la capacidad de aplicar los conocimientos adquiridos para “resolver diferentes problemas y adaptarse a situaciones y se mide con el famoso test de Cociente Intelectual (CI)”.

Por su parte, Pablo Fernández Berrocal y Natalia Ramos Díaz, en su libro *Desarrolla tu inteligencia emocional*, reconocen que las emociones son inherentes al ser humano y funcionan como un medio de comunicación no verbal ayudándonos a transmitir cómo nos sentimos produciendo un efecto en nuestros semejantes y en nosotros mismos. Asimismo, determinan cómo percibimos nuestro entorno en la medida en que nos producen sensaciones placenteras o desagradables de acuerdo a nuestro estado de ánimo.

¹⁵⁹ Entrevista con la Lic. Sofía Smeke Mizrahi, México, D.F., 25 marzo de 2011.

Asimismo, Daniel Goleman, en su libro *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual*, señala que según los sociobiólogos, las emociones funcionan como guías cuando se enfrentan los retos de la vida, los peligros, las pérdidas, la persistencia hacia una meta, los vínculos afectivos brindándonos una forma de actuar ante esas circunstancias. Este autor señala que existen muchas emociones con sus diferentes combinaciones, mutaciones y matices como: Ira, tristeza, temor, placer, amor, sorpresa, disgusto y vergüenza.

Por otro lado, existen diversos estudios anatómicos y fisiológicos que demuestran que el cerebro racional y el cerebro emocional, forman una unidad indivisible. En este sentido, Goleman afirma que el ser humano tiene “dos mentes, una que piensa y otra que siente. Estas dos formas fundamentalmente diferentes de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental”.¹⁶⁰

En este mismo orden de ideas, la especialista en el desarrollo de la Inteligencia Emocional Sofía Smeke, en su libro *Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes: Propuesta educativa dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades sociales en los niños y adolescentes*, afirma que la inteligencia emocional así como el pensamiento abstracto e intuitivo se desarrollan en el hemisferio derecho del cerebro, ahí surgen y se procesan las emociones: “El hemisferio derecho del cerebro es el encargado de desarrollar el área afectiva, emocional, artística y creativa del individuo, a diferencia del hemisferio izquierdo que es el responsable del pensamiento lógico y racional del ser humano”.¹⁶¹ Resalta que las habilidades que se enseñan en la escuela están enfocadas al desarrollo del Cociente Intelectual (CI) y generalmente no se entrenan las habilidades del pensamiento abstracto creativo, artístico y habilidades que coadyuven a una tener una autoestima positiva en la formación de la personalidad del individuo así como las habilidades sociales que le permiten una adecuada adaptación a su entorno.

La autora del libro *Alcanzando la Inteligencia Emocional*, de preescolar, primaria y secundaria, Sofía Smeke explica que el doctor Howard Gardner en su obra: “Estructuras de la Mente” propone la teoría de las Inteligencias Múltiples en donde

¹⁶⁰ Daniel Goleman, *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual*, p. 27.

¹⁶¹ Sofía Smeke Mizrahi, *Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes: Propuesta educativa dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades sociales en los niños y adolescentes*, México, Tomo, 2002, 1ra. edición, p. 19.

reformula el concepto de inteligencia y reconoce que el ser humano posee no sólo una única inteligencia sino que la mayoría de las personas tenemos varios tipos de inteligencias que nos permiten relacionarnos con el mundo. Este autor reconoce que hay siete tipos de inteligencias y posteriormente agrega otros dos tipos de inteligencias:

Gardner nos explica que antes nosotros reconocíamos que las personas inteligentes eran aquellas que tenían muy buenos resultados en materias como: matemáticas, física, química. Él revoluciona todo este concepto de inteligencia y dice: “No nada más a las personas que les va bien en la escuela son inteligentes, ese es un tipo de inteligencia, todas las personas somos inteligentes en diferentes tipos de inteligencia”.

Sofía Smeke explica las inteligencias a las que se refiere Gardner:

Inteligencia visual-espacial. Es la capacidad visual que posee una persona. Puede reconocer y elaborar imágenes visuales. Razona acerca del espacio y sus dimensiones la poseen: Arquitectos, diseñadores gráficos, escultores y pintores.

Inteligencia auditiva-musical. Son las personas que entienden y expresan emociones e ideas por medio de la música como: Compositores, músicos y cantantes.

Inteligencia corporal-kinestésica. Habilidad para realizar actividades que requieren movimientos corporales coordinados y rítmicos. Incluye la manipulación de objetos la tienen: Deportistas, bailarines, artesanos y actores de teatro.

Inteligencia lingüística: Es la capacidad que tienen las personas para utilizar el lenguaje oral y escrito como: Poetas, periodistas, profesores y escritores.

Inteligencia lógico-matemática. Se utiliza para resolver problemas de lógica y matemáticas. Permite realizar cálculos y razonamientos complejos. La poseen los científicos o personas que estudian materias como: física, química y matemáticas.

Inteligencia ecológica: Son personas que les gusta mucho observar y estudiar la naturaleza.

Inteligencia espiritual. Son personas que se preguntan el porqué y para qué estamos en este mundo como: Filósofos y personas místicas.

Inteligencia intrapersonal. Es tomar conciencia de uno mismo. Conocer nuestras emociones, identificarlas, reconocerlas y manejarlas adecuadamente.

Manejar mi enojo y frustración. Automotivarme, establecer mis metas y lograrlas. Conocer mis fortalezas y debilidades así como mis pensamientos e ideas.

Inteligencia interpersonal. Es la capacidad que nos permite entender a las otras personas y relacionarme con ellas, trabajar en equipo, resolver problemas, escucharlas y desarrollar mi empatía para ponerme en su lugar.

En este sentido, las recientes investigaciones acerca de la inteligencia reconocen que estas dos últimas inteligencias juegan un papel primordial en el desarrollo personal del individuo y son la clave de la Inteligencia Emocional.

Para el profesor de psicología y Ciencias de la Educación en la Universidad de Harvard, Howard Gardner la inteligencia interpersonal abarca las “capacidades para discernir y responder adecuadamente al humor, el temperamento, las motivaciones y los deseos de los demás”.¹⁶² Mientras en la inteligencia intrapersonal “la clave para el autoconocimiento, incluyó el acceso a los propios sentimientos y la capacidad de distinguirlos y recurrir a ellos para guiar la conducta”.¹⁶³

Por su parte, Goleman refiere que en la década de los años veinte y treinta el psicólogo E.L. Thorndike influyó para que la idea del CI se extendiera. Consideró que una característica de la inteligencia emocional: la inteligencia social entendida como “la capacidad para comprender a los demás y actuar prudentemente en las relaciones humanas”¹⁶⁴ constituía un aspecto del CI del ser humano.

Por otro lado, Sofía Smeke, autora del libro *Los niños que conocen sus emociones*, explica que la inteligencia emocional es “la forma en la que uno puede manejar en forma adecuada sus emociones” y requiere el desarrollo de distintas habilidades para lograrlo: “el poder identificar, reconocer, nombrar y expresar las propias emociones en nosotros mismos y en los demás”, usarlas adecuadamente para automotivarnos y poder resolver problemas así como relacionarnos efectivamente con otras personas.

Para Goleman la Inteligencia Emocional es un conjunto de rasgos (carácter) que posee una persona y comprende “habilidades tales como ser capaz de motivarse y

¹⁶² Daniel Goleman, *op. cit.*, 60.

¹⁶³ *Idem.*

¹⁶⁴ *Ibidem*, p. 63.

persistir frente a las decepciones; controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; mostrar empatía y abrigar esperanzas”.¹⁶⁵

En 1990 el psicólogo de Yale Peter Salovey y su colega John Mayer, de la Universidad de New Hampshire acuñaron el término de Inteligencia Emocional a partir de las inteligencias intrapersonal e interpersonal de la teoría de las Inteligencias Múltiples de Gardner. Por su parte, el psicólogo Daniel Goleman adaptó el modelo de Salovey y Mayer y estableció su versión de IE.

Existen diferentes modelos de IE, sin embargo, para el desarrollo de este trabajo nos basaremos en el modelo del doctor Daniel Goleman para explicar qué es la Inteligencia Emocional, cabe destacar que los conceptos reseñados también se apoyan en otros autores. El modelo de IE de Goleman comprende cinco habilidades emocionales y sociales básicas: Conciencia de sí mismo, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales.

Inteligencia Intrapersonal

Conciencia de uno mismo. Es la capacidad de reconocer y entender nuestras emociones y las de los demás. Implica también conocer nuestras debilidades y fortalezas, tratando de fortalecer nuestros puntos débiles, aprender de la experiencia y confiar en nuestras capacidades, valores y objetivos.

Al respecto, Sofía Smeke, autora del libro *Conociendo nuestras emociones*, explica que es importante enseñarles a los niños y adolescentes a identificar las emociones que sienten y ponerles un nombre: tristeza, enojo, frustración, etcétera. Además de que aprendan a detectar qué situación las desencadena lo que les permitirá “manejar y expresar adecuadamente esa emoción y tener una conducta correcta, de esta manera se puede evitar caer en estados emocionales que los pueden llevar a padecer depresión, ansiedad o una adicción”.

¹⁶⁵ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 54.

Autorregulación. Goleman la define como “La capacidad de controlarnos a nosotros mismos en condiciones de estrés y de adaptarnos a los cambios”.¹⁶⁶ Mantener la calma cuando enfrentamos los desafíos que nos impone la vida. Controlar nuestros impulsos y sentimientos conflictivos: como la ansiedad, la tristeza y la ira exageradas, evitando que se intensifiquen o se prolonguen.

La autora del libro *Alcanzando la Inteligencia Emocional, para padres y maestros*, Sofía Smeke explica que una persona emocionalmente inteligente “pone la mente en las emociones”, es decir, razona y trata de dominar sus emociones negativas, piensa cómo controlarlas para no dejarse llevar por el impulso y mantiene la calma. “No se trata de reprimir las emociones porque si no las estoy negando y ocultando, haciendo de cuenta que no existen y tarde o temprano van a salir en una forma negativa: las voy a explotar, a somatizar o me van a enfermar. Se trata de pensar cómo manejarlas de una forma adecuada y tranquila”, enfatiza.

En su libro *La práctica de la inteligencia emocional*, Goleman considera que los cambios y desafíos se deben de afrontar sintiendo que uno tiene el control de la situación y “enfrentar el estrés más como un estímulo que como una amenaza”.¹⁶⁷ Además verlos desde otro enfoque considerándolos como una oportunidad para el desarrollo personal y no como un obstáculo de esta forma se reducen las posibilidades de padecer enfermedades.

Por otro lado, Smeke reconoce que muchos adolescentes no tienen tolerancia a la frustración lo que ocasiona que tengan dificultades para salir adelante cuando se presenta un fracaso. Recomienda cambiar el concepto de fracaso y verlo como una oportunidad de aprendizaje: Estamos acostumbrados a ver los errores, las equivocaciones o lo que no nos salió como lo esperábamos como un fracaso. “Los seres humanos tenemos altas probabilidades de equivocarnos porque somos falibles, eso no nos hace perdedores, ni fracasados”. Abunda, tenemos que entender que “es parte de la vida y pensar qué podemos aprender y cómo lo podemos hacer mejor la próxima vez”. Todos en algún momento nos enfrentamos a la frustración que “nos

¹⁶⁶ Daniel Goleman, *La práctica de la inteligencia emocional*, [en línea], Barcelona España, Kairós, 1998, Dirección URL: <http://downloads.ziddu.com/downloadfile/8405853/DanielGoleman-LaInteligenciaEmocionalenlaPractica.zip.html> [consulta: 8 de enero de 2011], p. 91.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p.104.

indica que la manera en que lo hicimos no era la mejor y que hay que buscar otra forma”, ese es un manejo inteligente de las emociones, subraya la especialista.

Goleman refiere que la tristeza, la ira y la preocupación son estados de ánimo que suelen pasar, sin embargo, cuando se prolongan y se intensifican se convierten en depresión, ira incontrolable y ansiedad crónica. En relación a este punto, en España se realizó una investigación con estudiantes y se encontró que existe una relación entre la IE y la sintomatología depresiva. Dicho estudio reveló que la IE es un “factor eficaz para moderar los estados de ánimo negativos en adolescentes y adultos jóvenes”.¹⁶⁸

Goleman afirma que el psicólogo Dolf Zillmann, de la Universidad de Alabama en sus investigaciones encontró que la ira es disparada por la sensación de peligro que tiene el sujeto que la experimenta. El peligro puede ser físico o de amenaza a la autoestima o la dignidad de la persona porque fue tratada injustamente, se le insultó o menospreció o incluso por la frustración de no lograr un objetivo.¹⁶⁹

Asimismo, este autor manifiesta que Diane Tice, psicóloga de la Universidad de Case Western Reserve, realizó un estudio en donde entrevistó a cuatrocientas mujeres y hombres para saber cuáles eran las estrategias que utilizaban para liberarse del mal humor y qué tan efectivas eran. La investigadora descubrió que la ira es el estado de ánimo que es más difícil de dominar. Las personas reportaron que para calmarla realizaban las siguientes actividades: Dar un paseo, hacer ejercicio, métodos de relajación, leer, ver películas o televisión. Por su parte, Zillman sugiere que para calmarse de una ira moderada se pueden desafiar los pensamientos que la provocaron tratando de comprender, es decir, buscar causas razonables en relación a la situación o la persona que la generó. En una discusión puede ayudar alejarse de la otra persona y controlar el pensamiento negativo buscando distraerse en algo agradable.

Rodrigo: *Ahora trato de no enojarme tanto con mi mamá, a veces le pido tiempo, me encierro en mi cuarto y me pongo a tocar mi guitarra hasta que me calmo y después hablo con ella más tranquilo.*

¹⁶⁸Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, “La Inteligencia Emocional y el Estudio de la Felicidad”, [en línea], España, Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, No. 66, 2009, Asociación universitaria de formación del profesorado (AUFOP), Dirección URL: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587746.pdf, [consulta: 11 de febrero de 2011], p 98.

¹⁶⁹ Cfr. Daniel Goleman, La inteligencia emocional..., p. 82.

Peters, Kranzler y Rossen en sus estudios con adolescentes han encontrado que “los jóvenes con baja IE suelen responder ante situaciones de estrés de forma emocionalmente incontrolada y, por ello, tienen más riesgos de problemas de disciplina y de conducta en la escuela”.¹⁷⁰

Por otro lado, Goleman afirma que la preocupación es “un ensayo de lo que podría salir mal y cómo enfrentarse a ello; la tarea de la preocupación es alcanzar soluciones positivas con respecto a los peligros de la vida anticipándose a los riesgos antes de que estos surjan”.¹⁷¹ Sin embargo, aclara, cuando las preocupaciones se vuelven crónicas la persona se bloquea centrándose en el problema que le preocupa sin encontrar soluciones lo que le produce un estado de ansiedad y angustia que muchas veces puede convertirse en algún trastorno de ansiedad.

Goleman refiere que el psicólogo Thomas Borkovec de la Universidad Estatal de Pensilvania descubrió en sus estudios sobre ansiedad algunas técnicas que pueden ayudar a las personas que se preocupan demasiado a controlarse:

- Conciencia de uno mismo para captar los episodios inquietantes.
- Aprender a identificar las situaciones y/o pensamientos que disparan la preocupación.
- Detectar las sensaciones de ansiedad que se producen simultáneamente.
- Aplicar métodos de relajación en cuanto comienza la preocupación.
- Desafiar activamente los pensamientos inquietantes.
- Adoptar una postura crítica con respecto a las suposiciones.¹⁷²

En E.U. Chan y Nock realizaron una investigación relacionando la IE y las conductas suicidas en adolescentes. El estudio reveló que la IE “era un factor protector tanto de la ideación como de los intentos de suicidio. En especial, los adolescentes con una historia previa de abusos sexuales y niveles bajos de IE tuvieron más probabilidades de conductas suicidas que los adolescentes con la misma historia previa pero con alta IE”.¹⁷³

Por otro parte, Goleman afirma que la tristeza “refuerza una especie de retirada reflexiva de las actividades de la vida y nos deja en un estado suspendido para llorar la

¹⁷⁰ Peters, C., Kranzler, J.H. y Rossen, E. citados en Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, *op. cit.*, p. 100.

¹⁷¹ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 88.

¹⁷² *Ibidem*, p. 92.

¹⁷³ Chan, C.B. y Nock, M.K., citados en Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, *op. cit.*, p. 98.

pérdida, reflexionar sobre su significado, y finalmente, hacer los ajustes psicológicos y los nuevos planes que nos permitirán continuar con nuestra vida”.¹⁷⁴

Gloria (Madre de Rafael): *Cuando me siento triste y sin ganas de nada me voy a la iglesia a rezar para olvidarme de lo que siento. En el Santuario me le hincaba a Dios y lloraba mucho: Le pedía que me iluminara y que saliera de esta depresión porque mis hijos no tienen la culpa. A veces, cuando me siento triste y sola saco mi librito del Señor de la Misericordia y rezo un rosario. Rezar me da valor y me tranquiliza.*

Goleman comenta que la doctora Diane Tice en sus investigaciones encontró que una de las estrategias más utilizadas para disminuir la tristeza es la socialización: realizar actividades agradables con la familia o los amigos, ir a comer, al cine, a un espectáculo, etcétera con el objetivo de distraerse y olvidar lo que provoca dicho estado. Otras tácticas son: hacer ejercicio, mejorar la imagen, rezar si es religioso y sobre todo ver desde otro enfoque la pérdida por ejemplo: cuando la tristeza es producto de una separación pensar en los aspectos negativos de la relación.

Jorge: *A veces, me salgo a andar en bicicleta y me siento libre y sin ansiedad. También, me gusta jugar frontón y fútbol me distraen mucho y me olvido de todo.*

Rodrigo: *Me gusta mucho ver películas de comedia o ver caricaturas me hacen reír mucho. Tocar música me calma y me hace olvidar mis problemas.*

Laura: *Un tiempo fui a clases de natación me sentía relajada y las clases de equinoterapia me ayudaron a no tener tanto miedo y tener más confianza.*

Rafael: *Me gusta ir al gimnasio y jugar fútbol. Hacer ejercicio me ayuda a sentirme bien y sin ansiedad.*

Alejandra: *Practico natación para sentirme menos estresada y más relax.*

La especialista en Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) Sofía Smeke expresa que cuando existe una depresión o una ansiedad se tiene que resolver primero el trastorno para comenzar a desarrollar la IE o se puede hacer simultáneamente en la psicoterapia dependiendo del caso. Sin embargo, las habilidades de la IE y las que se trabajan en las terapias son iguales aunque se les denomina con otros términos y se pueden emplear diferentes técnicas. “En las terapias se está desarrollando IE porque se está ayudando al paciente a identificar y reconocer sus emociones y ponerse en sintonía con las emociones de los otros,” puntualiza.

¹⁷⁴ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 93.

Motivación. Es un proceso emocional que impulsa a una persona a trabajar arduamente con persistencia y entusiasmo para lograr sus metas a pesar de los obstáculos que se presenten, confiando en su capacidad para enfrentar los problemas y buscando soluciones.

Goleman afirma que el manejo que tengamos de nuestras emociones puede obstaculizar o ayudar nuestra capacidad de pensar, planificar, resolver conflictos y delimitar nuestras habilidades mentales determinando nuestro funcionamiento en la vida. Cuando estamos motivados el entusiasmo y el placer con el que realizamos nuestras tareas nos llevan a conseguir logros, de esta manera la inteligencia emocional es una aptitud que facilita dichas habilidades. Se ha demostrado que el buen humor ayuda a pensar mejor y positivamente facilitando encontrar soluciones a los problemas, realizar planes y tomar decisiones.

En este sentido, Sofía Smeke manifiesta que todas las emociones tienen un mensaje y una razón de ser que nos puede ayudar en nuestro desarrollo personal: “Si comprendo que me quiere decir cada emoción y las uso en mi propio beneficio y en la de los demás cuento con una riqueza emocional que me va a ayudar a ser un mejor ser humano”.

Alejandra: *He aprendido a pensar diferente. Ahora me terapeo solita me digo a mí misma: “¡Sí se puede! ¡No te dejes caer!” Trato de estar alegre y ser optimista.*

Para Goleman el optimismo es una “una actitud que evita que la gente caiga en la apatía, la desesperanza o la depresión ante la adversidad”.¹⁷⁵ El optimismo se relaciona con la esperanza, la cual consiste –añade- en “saber los pasos que debemos dar para alcanzar un determinado objetivo y disponer de la energía necesaria para ello”.¹⁷⁶ Según su modelo de Inteligencia Emocional “abrigar esperanzas significa que uno no cederá a la ansiedad abrumadora, a una actitud derrotista ni a la depresión cuando se enfrente a desafíos o contratiempos”.¹⁷⁷

Cabe resaltar que el optimismo y la esperanza se manifiestan en la autoeficacia, término acuñado por Albert Bandura, y se puede definir como la creencia que tiene un individuo de poseer las capacidades y habilidades para triunfar a pesar de sus errores y fracasos, sin embargo, aprende de ellos, se esfuerza en resolverlos, los supera, sigue

¹⁷⁵ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 114.

¹⁷⁶ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 149.

¹⁷⁷ *Ibidem*, pp. 113-114.

confiando en sí mismo y en sus capacidades, y continúa adelante en la consecución de sus metas. Algunos autores consideran a la autoeficacia o competencia personal como “otra dimensión de la autoestima, que no sólo comporta la eficacia en determinadas habilidades, sino también una cierta cuota de poder o competencia”.¹⁷⁸

El autoconcepto y la autoestima son conceptos profundamente ligados y fundamentales en la vida del ser humano. En este sentido, Sofía Smeke señala que el componente principal de la inteligencia intrapersonal es la autoestima.

Por su parte, el psiquiatra Aquilino Polaino-Lorente en su libro *Familia y autoestima* define al autoconcepto como “el conjunto de cogniciones y actitudes que cada persona tiene respecto de sus aptitudes, capacidades, corporalidad, habilidades, destrezas, roles sociales, etc., es decir, acerca de su entera personalidad”.¹⁷⁹ Asimismo, este autor manifiesta que Coopersmith define a la autoestima como “la evaluación que el individuo realiza y cotidianamente mantiene respecto de sí mismo, que se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo cree ser capaz, significativo, exitoso y valioso”.¹⁸⁰

Al respecto, Sofía Smeke recomienda cómo podemos ayudar a formar una autoestima positiva en nuestros hijos: Primero debe de existir la creación de un vínculo afectivo, es decir, los padres deben de estar presentes no sólo físicamente, “me refiero a esa presencia donde el chico sabe que cuenta con ellos, con su apoyo, con su escucha, con su empatía”. Los padres deben de guiar la conducta de los hijos y ponerles límites. Ellos tienen que saber que están para ayudarlos a: “solucionar sus problemas, para escucharlos, para entenderlos, para decirles lo que está bien y lo que está mal”.

Además, abunda, los padres deben establecer una estructura de conducta y desempeñar su rol de padre no de amigo. Dicha estructura debe contemplar: Expresar el cariño con muestras de afecto; mucha comunicación; siempre hay que retroalimentar positivamente y reforzar las conductas correctas, además “ir cambiando como padres dependiendo de las etapas que nuestros hijos están viviendo”. El vínculo afectivo entre padres e hijos debe de estar dotado de “amor incondicional, sin embargo, el niño o

¹⁷⁸ Aquilino Polaino-Lorente, *Familia y autoestima*, España, Ariel, Serie: Psicología, 2004, 1ra. edición, p. 20.

¹⁷⁹ *Ibidem*, p. 26.

¹⁸⁰ *Idem*.

adolescente debe saber que cuando tenga una mala conducta va a tener consecuencias pero “nunca va a estar en peligro su integridad física ni emocional, es decir, que nunca se le va a ofender”.

Rafael: *Me gustaría que la relación de mis padres fuera como antes, sin golpes ni groserías. Salir a pasear en familia, platicar y convivir. Antes nos llevaban a pasear al parque. Nos regañaban si nos portábamos mal pero no nos decían tantas groserías como ahora.*

El doctor Aquilino Polaino señala que los padres y maestros pueden ayudar a incrementar la autoestima de los niños y adolescentes brindándoles una educación en la eficacia personal:

Educar en los auténticos valores que cada persona tiene, sin menoscabarlos en modo alguno, lo que es compatible con corregirlos allí donde se equivoquen...descubrir en cada alumno, en cada hijo, los valores¹⁸¹ de los que está dotado –la eficacia de su comportamiento ante la resolución de determinados problemas-, de manera que mostrándoselos, se le ayude también a aceptarse como es y a poner los medios necesarios para crecer en ellos cuando sea posible. De este modo se les ayuda a crecer en su estima personal.¹⁸²

Asimismo, resume las actitudes de los padres que son más convenientes para el desarrollo de la autoestima de los hijos de acuerdo a diversos autores:

1. *Aceptación incondicional, total y permanente de los hijos*, con independencia de sus cualidades y formas de ser.
2. *Afecto constante, realista y estable*, sin altibajos y cambios bruscos como consecuencia de las variaciones del estado de ánimo, de la impaciencia o del cansancio de los padres.
3. *Implicación* de los padres respeto de la persona de cada hijo, de sus circunstancias, necesidades y posibles dificultades.
4. *Coherencia personal* de los padres y el hecho de que dispongan de uno *estilo educativo* que esté presidido por unas *expectativas* muy precisas y que se establezcan unos *límites* muy claros.
5. *Valoración objetiva del comportamiento* de cada hijo, motivándoles a que sean ellos mismos, elogiando sus esfuerzos y logros, y censurándoles sus yerros y defectos.
6. *Proveerles de la necesaria seguridad y confianza*, que les reafirma en lo que valen y les permite sentirse seguros de ellos mismos.¹⁸³

Por otro lado, Sofía Smeke explica que el desarrollo de la inteligencia intrapersonal implica un compromiso con uno mismo para aprender “porque no puedo pretender enseñarle a un niño (hijo o alumno) algo que yo no he desarrollado en mí mismo. Obviamente no lo tengo que manejar al cien por ciento pero tengo que estar en el proceso de aprendizaje”. Tengo que empezar a conocer mi inteligencia emocional preguntándome: cómo está mi autoestima, conozco mis emociones y las manejo

¹⁸¹ Valores: Según el enfoque socio-educativo los valores son guías que orientan la conducta y la vida del ser humano.

¹⁸² Aquilino Polaino-Lorente, *op. cit.*, p. 21.

¹⁸³ *Ibidem*, p. 33.

adecuadamente, cómo enfrentó las frustraciones, sé lo que quiero en la vida, me pongo metas y las logro.

Inteligencia Interpersonal

Sofía Smeke aclara que actualmente Daniel Goleman denomina inteligencia emocional a las habilidades relacionadas con la inteligencia intrapersonal y a las habilidades que se asocian con la inteligencia interpersonal las conceptualizó como Inteligencia Social.

Empatía. Se puede definir como la habilidad para interpretar y entender los sentimientos, las necesidades y problemas de los demás. Según diversos autores, es primordial saber interpretar las emociones que los demás manifiestan a través de la comunicación no verbal como: los ademanes, la expresión facial, la postura corporal, los gestos, los silencios, la mirada, debido a que este tipo de comunicación complementa y enfatiza de forma significativa lo que se expresa verbalmente brindándonos información que tenemos que interpretar de forma adecuada para poder regular los estados emocionales de los demás y los propios, además nos permite escuchar y saber en qué momento hablar o modificar nuestra forma de actuar.

Adriana (madre de Laura): *Mi hija ha mejorado mucho yo no me lo esperaba. Creí que ahora que ingreso a la secundaria iba a sufrir como en la primaria, se ha integrado muy bien con sus compañeros y maestros. Nos llevamos mejor, cuando me ve triste o preocupada me dice: “¡No te preocupes! ¡Tranquilízate! ¡Relájate!” Hasta me da masaje.*

Habilidades sociales. Sofía Smeke las define como un “conjunto de actitudes, conductas y destrezas que permiten al individuo la interacción con sus semejantes y que forman las bases de su comportamiento social”.¹⁸⁴

Diversas investigaciones muestran que la IE también contribuye a generar relaciones sociales positivas, íntimas, afectuosas y de calidad ya sea de amistad o de pareja. Asimismo, el individuo tiene más sensibilidad interpersonal y prosocial.

¹⁸⁴ Sofía Smeke, *op. cit.*, p. 161.

Lopes, Salovey y Straus en sus investigaciones han encontrado asociación entre la habilidad del manejo emocional, con alta puntuación en adolescentes, y las “relaciones más positivas en sus interacciones sociales, una mayor percepción de apoyo por parte de los padres y menos interacciones negativas con los amigos más íntimos”.¹⁸⁵

Sofía Smeke explica que las habilidades sociales se aprenden a través del proceso de socialización. Sin embargo, resalta que se pueden desarrollar por medio de talleres o terapias.

Gabriela (madre de Alejandra): *Acudí a terapia un tiempo y he leído algunos libros sobre adolescencia que me han permitido conocer más a mi hija y aprender a dialogar. Nos hemos acercado más, a veces me pide que la abrace y le dé un beso. Reconozco que ha sido difícil porque en mi familia las relaciones no son muy estrechas ni afectivas.*

La falta de habilidades sociales influye en la vida familiar, de pareja en especial en su comunicación afectiva, expresión de sentimientos positivos y negativos, resolución de conflictos y negociación. Según Carmen Gloria Hidalgo y Nureya Abarca, en su libro *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*, y siguiendo a diversos autores, los déficits de habilidades sociales se deben a diversos factores:

- Falta de aprendizaje del lenguaje verbal y no verbal (expresar afecto, hablar y relacionarse con otras personas, defender sus derechos).
- La ansiedad que experimenta una persona en las interacciones sociales debido a que tuvo o fue testigo de experiencias de fracaso y teme la evaluación social por lo que evita la interacción.
- La persona se siente responsable de todos sus fracasos sociales y atribuye sus éxitos a factores externos.
- El individuo no tiene una percepción social apropiada por lo que no interpreta correctamente el mensaje verbal y no verbal de los demás.

¹⁸⁵ Lopes, P.N., Salovey, P. y Straus, R. citados en Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, *op. cit.*, p. 100.

Distorsiones cognitivas:

- Autoevaluación negativa de su actuación social.
- Creencias irracionales.
- Perfeccionismo y autoexigencia.
- Recuerdo de situaciones negativas.
- Descalifica su actuación antes de que suceda.

La comunicación es un valioso instrumento que facilita la interacción social, sin embargo, su deficiencia es uno de los problemas más frecuentes que ocasionan conflictos familiares. En este sentido, la conducta asertiva juega un papel muy importante en la comunicación debido a que mejora el desempeño en las relaciones interpersonales. Walter Riso define la conducta asertiva como:

Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad), y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible: oposición (decir que no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta.¹⁸⁶

Para Riso la conducta asertiva es una herramienta de la comunicación que ayuda a expresar de manera apropiada los sentimientos y pensamientos ejerciendo y defendiendo nuestros derechos sin permitir que nos manipulen, como suele sucederles a las personas sumisas, pero tampoco violar los derechos de los demás como lo hacen las personas agresivas. Este autor indica que el objetivo de la asertividad no es lastimar a otras personas, sino autoafirmarse¹⁸⁷, manifestando nuestra inconformidad e intentando modificar el comportamiento que transgrede nuestros derechos.

Rodrigo: *Antes de ir a CECOSAM mi mamá habló conmigo y me dijo que me quería mucho, que no importaba todos los problemas que tuviera ella me iba a apoyar. Hablamos mucho. Lloré como un niño cuando le conté como me sentía, nos abrazamos y platicamos por horas como hace mucho tiempo no lo hacíamos.*

La directora del Centro de Inteligencia Emocional Sofía Smeke explica que la comunicación efectiva “implica aprender a escuchar más que hablar. La escucha activa

¹⁸⁶ Walter Riso, citado en Carmen Gloria Hidalgo Carmona y Nureya Abarca Melo, *Comunicación Interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*, Colombia, Alfaomega, Ediciones Universidad Católica de Chile de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1999, 3ª. edición, pp. 25-26.

¹⁸⁷ Autoafirmación: Branden considera que es un aspecto de la autoestima y significa respetar mis deseos, necesidades y valores expresándolos apropiadamente.

es una de las habilidades más difíciles que existen y es la actividad básica de la interacción social”. El poder escuchar receptivamente, comprendiendo el mensaje y no interrumpiendo me permite “ponerme en el lugar del otro, es decir, desarrollar la empatía la cual me ayuda a entenderlo y actuar en consecuencia hacia él”. Pero, aclara la especialista, para poder escuchar tengo que: tener contacto visual con la otra persona y tener una postura física que indique que estoy poniendo atención, tratar de entender su mensaje sin ningún juicio, aunque no esté de acuerdo. “Escuchar atentamente y utilizar el parafraseo”, es decir, repetir con mis propias palabras lo que dice el otro para asegurarme que comprendí su mensaje así como “poder transmitir mi punto de vista sin agresión y entre los dos buscar soluciones a ciertas circunstancias de la vida”. Aprender a escuchar facilita la comunicación y la convivencia, enfatiza.

Jorge: *Mi forma de hablar y comunicarme con mis papás ha mejorado. Soy más paciente, ya no me enoja tanto. Trato de decirles lo que pienso y siento pero también los escucho y sin pelearnos tratamos de resolver las cosas en las que no estamos de acuerdo.*

En todas las relaciones interpersonales en algún momento surgen problemas debido a que los intereses o los puntos de vista de las personas son diferentes, y es en esos momentos en que las herramientas de la Inteligencia Emocional ayudan a mantener una relación óptima. En este sentido, Goleman afirma que “la negociación es un ejercicio de resolución conjunta de problemas”.¹⁸⁸ Su objetivo es tratar de persuadir a la contraparte a ceder a sus intereses. Sin embargo, se debe buscar que la solución que sea satisfactoria para los implicados y requiere de su mutua cooperación y empatía.

Goleman comenta que Linda Lantieri, especialista en habilidades de la negociación y resolución de conflictos, sugiere algunos aspectos que se deben tomar en cuenta en la resolución de conflictos:

- Comience calmándose, establezca contacto con sus pensamientos y busque el modo de expresarlos.
- Muéstrese dispuesto a resolver las cosas hablando del problema en lugar de dejarse llevar por la agresividad.
- Formule su punto de vista en un lenguaje neutro más que en un tono de enfrentamiento.
- Trate de encontrar formas equitativas de resolver el problema, colaborando para encontrar una solución admisible para las partes en litigio.¹⁸⁹

¹⁸⁸ Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 202.

¹⁸⁹ Linda Lantieri, citada en Daniel Goleman, *op. cit.*, p. 205.

Por otro lado, D´Zurilla y Goldfried definen a la resolución de problemas como “un proceso conductual, cognitivo y afectivo, a través del cual el individuo (o grupo) intenta identificar, descubrir o inventar medios adaptativos o efectivos para enfrentar los problemas que encuentra en la vida diaria”.¹⁹⁰ El modelo de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried distingue cinco pasos:

Orientación del problema. Tener creencias y conductas positivas que nos faciliten enfrentar el problema y ejercer control sobre él. Enfocar el problema como un reto y sentirnos capaces de enfrentarlo con optimismo buscando soluciones. Estar dispuestos a invertir tiempo y esfuerzo en solucionarlo, evitando los pensamientos negativos y el estrés emocional.

Definición y formulación del problema. Analizar el problema para saber cuáles son sus aspectos relevantes y sus relaciones además de pensar en la forma en que se puede influir en ellos y determinar los objetivos que se quieren alcanzar.

Generación de alternativas de solución. Su finalidad es imaginar un repertorio de soluciones que nos brinden la solución más adecuada.

Toma de decisión. Evaluar las diferentes soluciones y elegir la más apropiada.

Implementación de la solución y verificación. Llevar a cabo la solución elegida y evaluar los resultados comprobando su eficiencia.

Por otro lado, Sofía Smeke señala que para el desarrollo de una inteligencia interpersonal se deben valorar varios factores y preguntarnos si sabemos: escuchar a las personas, ponernos en su lugar, solucionar conflictos y trabajar en equipo. Subraya que como padre o profesor se debe realizar un trabajo personal de uno mismo. “Para enseñar primero tengo que aprender y luego modelar con el ejemplo”. Si no cuento con las herramientas suficientes para aplicar y enseñar la IE “puedo aprender estrategias por medio de clases, leer libros o acudir a terapia”.

Gloria (madre de Rafael): *En la escuela de mis hijos me han dado pláticas de cómo tratar a los niños y qué errores cometemos los padres en su educación. También, en la Clínica de la Conducta tomé un curso para padres.*

¹⁹⁰ D´Zurilla y Goldfried, citados en Carmen Gloria Hidalgo Carmona y Nureya Abarca Melo, *op. cit.*, p. 45.

Sofía Smeke subraya que un chico que desarrolle en su hogar y/o un programa de inteligencia emocional y habilidades sociales “debe aprender a trabajar en equipo, a ser responsable en sus decisiones y acciones, así como a resistir la influencia negativa de sus iguales...interactuar efectivamente con su sociedad y adquirir las habilidades, las actitudes y los valores necesarios que le permitirán convertirse en un ciudadano más feliz y productivo”.¹⁹¹

Laura: *He cambiado mucho; mi estado de ánimo y comportamiento han mejorado. Me llevo bien con mis compañeros y profesores. Todavía me cuesta trabajo aprender pero con la ayuda de mis maestros y mi mamá puedo salir adelante. Mi madre y yo estamos más unidas: nos entendemos, nos abrazamos, nos apoyamos y nos decimos lo mucho que nos queremos.*

Rafael: *Creo que me porto mejor, ya no hago travesuras como antes. He mejorado un poco en la escuela. No tengo muy buenas calificaciones pero no me han suspendido y no he reprobado. Me gustaría estudiar mecánica automotriz y casarme con mi novia para formar una familia diferente a la mía.*

Alejandra: *Me arrepiento de no haber aprovechado la escuela de paga porque ahorita ya estuviera terminando pero sigo esforzándome para aprovechar la oportunidad que tengo ahora de terminar una carrera. Creo que cada quién tiene un destino y si mis amigos y mis novios ya no están conmigo fue para aprender y hacerme crecer más como persona, ya no sufro sino pueden estar conmigo, sólo recuerdo los buenos momentos. Sé que mis papás se tuvieron que separar porque no se entendían y valoro el tiempo que estoy con cada uno. Trato de quererme a mí misma y estar bien con los demás.*

Jorge: *Ya no me drogo, no ha sido fácil, me aparte de las personas que me invitaron a entrarle a la droga. En este año terminé la secundaria, me gustaría estudiar programación de computadoras. Estoy enamorado de mi novia. Mi mamá ya terminó sus quimioterapias y está en tratamiento, igual que mi abuelita. Hace unos días platiqué con mi papá y le dije que en el grupo había aprendido muchas cosas. Le pregunté si recordaba aquella vez que le quise pegar. Él me miró, nos abrazamos, le pedí perdón y lloramos mucho, tenía mucho tiempo que no me sentía tan feliz.*

Rodrigo: *Sigo tocando mi música y escribiendo porque me tranquiliza. Comencé a estudiar otra vez, es difícil pero trato de aprender de mis maestros y de la vida. Un día me acerqué a mi mamá, la abracé, le di un beso y le dije: Mamá me he dado cuenta de que mis problemas no son nada en comparación con los de otras personas que han sufrido más que yo. Ya no quiero seguir viajando a esos lugares a los que me lleva la droga y que me hacían olvidar por un momento mi realidad. Quiero viajar pero... para conocer el mundo y vivir de verdad.*

¹⁹¹ Sofía Smeke, op. cit., p. 21-22.

En este capítulo hemos visto que el tratamiento para la depresión es multimodal debido a que incluye los ámbitos: individual, familiar y social. Actualmente, se aplica la psicoeducación, el farmacológico y las psicoterapias: Interpersonal, Cognitivo Conductual, Familiar Sistémica y de Grupo. En casos graves se puede requerir hospitalización.

Se abordó el tema de la Inteligencia Emocional como un factor protector para prevenir la depresión debido a que se ocupa de las mismas habilidades que se trabajan en las terapias dirigidas al tratamiento del trastorno. Asimismo, diversos estudios aseguran que la IE alta reduce los estados emocionales negativos, ayuda a los adolescentes a mejorar su nivel de bienestar psicológico, a tener un desarrollo pleno, un mayor éxito académico y satisfacción personal produciendo una autoestima positiva. Además, contribuye a mantener relaciones sociales positivas y de calidad. Por el contrario, las personas con menor Inteligencia Emocional (IE) tienen una autoestima más baja, mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad, violencia, trastornos alimentarios y abuso de drogas. El desarrollo de la IE ayudara a la persona a aplicar capacidades, habilidades y conductas apropiadas en su vida disminuyendo el riesgo de manifestar depresión.

La depresión afecta a cualquier persona, no respeta nacionalidad, raza, género, nivel socioeconómico, ocupación o edad. El primer paso para la recuperación es reconocer la enfermedad y acudir con especialistas de la salud mental para que de acuerdo a los síntomas y severidad del trastorno se aplique el tratamiento más adecuado. Nunca es tarde para ser feliz.

*El hombre está llamado a ser lo máximo que pueda y deba ser,
para así hacer felices a los demás y estimarse como consecuencia de ello.
Las trayectorias de la felicidad consisten, ...en atreverse a ser cada uno
quien es, para llegar a ser mejor de lo que se es,
aun cuando en ese intento se tenga que sufrir.*

Doctor Aquilino Polaino-Lorente.

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2030 la depresión será la enfermedad que más sufrirán las personas y afectará económica y socialmente al mundo. La depresión es un problema de salud pública que puede afectar a cualquier persona, no respeta edad, nacionalidad, raza, género, nivel socioeconómico y ocupación. A diferencia de la tristeza que es un sentimiento temporal inherente al ser humano que se manifiesta ante las adversidades de la vida; la depresión es un trastorno mental que produce sufrimiento e infelicidad a los jóvenes.

Frecuentemente, los adolescentes depresivos presentan otros trastornos psiquiátricos como: distimia, consumo de sustancias, trastornos disociales, trastorno por déficit de atención (TDAH), bulimia y anorexia nerviosa, trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, fobia social y fobia específica).

Por tal motivo, la depresión es un trastorno complejo y difícil de diagnosticar, además de que el paciente puede somatizar y confundirse con otro tipo de enfermedades, con los cambios de humor propios de la etapa de la adolescencia o con otro tipo de trastornos psiquiátricos. Este hecho, es uno de los factores que ocasiona que las personas no consulten a tiempo a un especialista. Sólo un experto de la salud mental puede determinar si la persona padece depresión y/o algún otro trastorno así como su severidad y tratamiento.

Por otro lado, se han reseñado los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimenta el adolescente y que no son fáciles para él, por lo que necesita del apoyo de sus padres y maestros, quienes pueden crear ambientes más sanos y agradables en sus diferentes contextos, ofreciéndoles información, orientación, apoyo, comprensión y confianza para hacer esta transición menos conflictiva. Asimismo, el conocer el proceso de la adolescencia con sus características nos permitirá diferenciar los cambios propios de esta etapa de los patológicos.

Hemos visto que los principales agentes de socialización: la familia, la comunidad escolar, los amigos y la sociedad en su conjunto influyen en el desarrollo integral del adolescente y le ofrecen los instrumentos necesarios para lograr su

autonomía, identidad y habilidades para la vida que le ayudaran a obtener una madurez apropiada.

Se ha destacado que la familia es la principal institución que le brinda las principales herramientas al individuo para su pleno desarrollo. Sus funciones son diversas y fundamentales debido a que desde la infancia lo ayuda a formarse como un ser con una estructura psíquica, física y emocional estable. En este sentido, la crianza de los hijos es la misión principal de la familia y en su función como educadora les aporta el aprendizaje del lenguaje, habilidades cognitivas, valores sociales y morales. Asimismo, los padres modelan, instruyen y proporcionan experiencias a sus hijos afectiva y emocionalmente a través del estilo educativo, el cual influye en su desarrollo psicosocial, afectivo y en la configuración de su personalidad.

En este sentido, es de vital importancia que los padres nos reeduquemos y no sólo seamos proveedores de alimento y vestido, sino sobre todo debemos brindarle a nuestros hijos: confianza, seguridad, comunicación eficaz y afectiva además de inculcarles valores y principios sólidos donde exista un equilibrio entre normas, límites y autoridad en un marco de amor y respeto que sean la base de su educación.

Creo que el desarrollo de la inteligencia emocional puede servir para comenzar este proceso y educar inteligentemente al conocer, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás usándolas apropiadamente para motivarnos a pesar de las frustraciones, afrontar las dificultades, controlar nuestros impulsos, el estrés y nuestros estados de ánimo negativos así como relacionarnos efectiva y afectivamente nos permitirá estar mejor preparados para afrontar los desafíos y retos que nos impone la vida. Asimismo, se ha resaltado que la IE contribuye a entender a los demás, ser empáticos, saber comunicarnos, lo que nos permitirá mantener relaciones sociales positivas y estables, trabajar en equipo y resolver problemas. En este sentido, hemos rescatado la importancia de la comunicación y las habilidades sociales que facilitan la convivencia e integración familiar, quizá tengamos un déficit en algunas de estas habilidades porque no las aprendimos en su momento pero es posible empezar a través de cursos, talleres, libros e incluso terapias, así evitaremos de alguna forma, disminuir los conflictos en nuestras relaciones personales, familiares y sociales.

Asimismo, se ha reseñado que la inteligencia Emocional funciona como un factor protector para prevenir la depresión debido a que diversas investigaciones han demostrado que reduce los estados emocionales negativos y puede ayudar a los adolescentes a mejorar su nivel de bienestar psicológico, tener un desarrollo positivo, un mayor éxito académico y satisfacción personal. Así como relaciones sociales más adecuadas, obtener mayores éxitos y autoestima positiva contribuyendo a su adaptación social y a obtener una mejor calidad de vida.

Por otro lado, se ha mencionado que los profesores tienen la misión de transmitir conocimientos y formar sujetos capaces de explotar sus potenciales y su creatividad, pero sobre todo son personas claves para detectar cualquier conducta o síntoma anormal que nos indique que el adolescente tiene algún problema, por eso es importante que se prepare a los educadores, médicos y enfermeras de las escuelas para poder detectar este tipo de trastornos.

Asimismo, la comunidad escolar impulsa el desarrollo personal y social a través del deporte, la socialización, transmisión de conocimientos y valores, promoción y fomento a la salud. Es una de las principales instituciones que preparan al individuo para definir su profesión favoreciendo un proyecto de vida. Sin embargo, también en este ámbito es importante que se trabaje para desarrollar la inteligencia emocional como parte de la educación integral del adolescente, como ya se está haciendo en otros países como Estados Unidos y España. Además, extender este tipo de habilidades y capacidades a los padres de familia por medio de pláticas y talleres.

Se ha destacado que las relaciones sociales con los amigos y pares son fundamentales en la construcción de la identidad del adolescente debido a que le proporcionan seguridad, sentido de pertenencia y le ayudan a desarrollar habilidades sociales. Asimismo, le ofrece normas, valores y modelos sociales que interioriza a su personalidad los cuales influyen en su conducta social. En este sentido, debemos comprender que es fundamental la socialización con el grupo de amigos o pares. Al mantener una relación familiar adecuada, fundada en valores, principios, respeto, comunicación, confianza y amor, ésta funcionará como un factor protector en contra de las influencias negativas que pudieran influir en la conducta del adolescente y se podrá intervenir de la mejor manera.

Asimismo, como padres debemos crecer junto con ellos y reconocer que tienen aspiraciones personales, pensamientos y sentimientos propios, capacidad sexual y cognitiva, además de una serie de capacidades que están limitadas ante la falta de espacios culturales, sociales recreativos y profesionales para su desarrollo integral. En este sentido, como sociedad tenemos una tarea pendiente para establecer programas estratégicos que amplíen estos ámbitos necesarios para que los jóvenes exploten dichas capacidades positivamente y además se potencialicen, pero tomando en cuenta sus necesidades, habilidades e intereses.

En este trabajo se comprobó que la depresión es un fenómeno multifactorial debido a que influyen diversos factores de riesgo: genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociales, ambientales e individuales que interactúan entre sí y que hacen vulnerables a los adolescentes a sufrir este trastorno como: la muerte o abandono de un ser querido; sufrir un accidente; padecer una enfermedad física o psiquiátrica; ser víctima de violencia física, psicológica o sexual; terminar una relación de noviazgo; fracaso escolar; abuso de sustancias; divorcio de los padres; problemas económicos; experiencias traumáticas, disfunción familiar; falta de apoyo en su contexto social y familiar; etcétera. Se ha destacado que un individuo con antecedentes familiares o genéticos tiene más probabilidades de presentar depresión cuando se presentan acontecimientos que son estresantes o adversos como los anteriormente señalados. En este sentido, la personalidad del individuo, el apoyo familiar y social son fundamentales para un adecuado afrontamiento de las adversidades.

Sin embargo, sabemos que muchos de estos factores son producto de diversos problemas interrelacionados que como sociedad hemos estado arrastrando por generaciones como: el desempleo, la pobreza y la violencia familiar. Estos factores sumados a otras características propias de la mujer como las variaciones en la producción de hormonas sexuales que se relacionan con cambios en su estado de ánimo durante el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto y el posparto, provocan que ésta sea más vulnerable a padecer depresión. Además, del estrés producto de las múltiples ocupaciones que desempeña como: el cuidado de los hijos, el hogar y el trabajo son elementos que inciden para que los adolescentes tengan más probabilidades de desarrollar la enfermedad y éstos a su vez, más tarde, serán padres

que pueden heredar a sus propios hijos este trastorno genéticamente y/o desencadenarlo debido a la falta de habilidades sociales y otras causas producto de un déficit en su educación.

La investigación en este tema es extensa y considero que aunque este trabajo trató de tocar las diferentes aristas de la problemática hace falta investigar sobre la irresponsabilidad de los hombres como padres. En este trabajo se observó la falta de apoyo y el poco compromiso hacia la educación de sus hijos, en algunos casos, en otros se han olvidado completamente de ellos evadiendo su responsabilidad y sus principales funciones: educar y amar a sus hijos dejando a la mujer la responsabilidad de estas importantes tareas produciendo carencias en su educación y provocando otros problemas que han fracturado las relaciones y la unión en la familia en consecuencia el tejido social se ha deteriorado y debilitado.

Existen diversas problemáticas relacionadas que mantienen y refuerzan este trastorno haciendo más difícil su erradicación. Antes de señalar, criticar o devaluar a los adolescentes por sus conductas problemáticas debemos darnos cuenta de que son el reflejo de nuestras deficiencias como padres que más tarde se manifiestan en la sociedad creando un efecto bumerang que no tarda en regresarnos sus efectos a través de la inseguridad, la violencia y la delincuencia. Es difícil terminar con todos estos problemas de raíz pero podemos empezar a cambiar la forma en la que estamos educando a nuestros hijos o alumnos y reeducarnos nosotros mismos estableciendo una educación, reitero, basada en valores, principios, comunicación, confianza y amor.

También, se destacaron las consecuencias más graves que ocasiona la depresión: el consumo de drogas y el suicidio. En este sentido, podemos rescatar que algunos adolescentes depresivos consumen sustancias porque buscan sentirse mejor y la droga les disminuye la ansiedad, sin embargo, agravan su estado e incluso el consumo de la misma puede producir el trastorno. Asimismo, la depresión se puede presentar antes, simultáneamente o después de un consumo de sustancias.

Además, la drogadicción origina otro tipo de problemas como: conductas antisociales, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas, etcétera. Estas situaciones pueden propiciar otro tipo de conflictos más difíciles de afrontar para el adolescente que lo pueden hacer sentir que

no existe otra solución ante sus problemas y puede terminar con su vida. En este punto, cabe destacar que cuando el adolescente amenaza, intenta suicidarse o tiene ideas suicidas se debe tomar muy en cuenta y llevarlo de inmediato con un experto de la salud mental. En este contexto, la depresión genera un grave coste social, pero sobre todo un sufrimiento, difícil de describir, para el adolescente y su familia.

La drogadicción es un fenómeno tan complejo como el suicidio y la depresión. Estas problemáticas están muy relacionadas, en todas ellas intervienen diversos factores que interactúan para producirlas. Es necesario la implementación de un programa a nivel nacional que reúna el trabajo y esfuerzo conjunto de las diversas instituciones para fortalecer las medidas de prevención y tratamiento, así como detectar y atender este tipo de trastorno desde la infancia.

Debemos terminar con este círculo vicioso de la depresión por lo que es necesario ampliar la infraestructura para atender no sólo a la población infantil y juvenil sino también a los adultos, ya que como hemos visto, también ellos necesitan ayuda profesional y han venido arrastrado problemas como: depresión, consumo de drogas y alcohol, violencia familiar, problemas psiquiátricos, etcétera. Ante este panorama los servicios que se brindan son escasos así como la falta de especialistas debido a la magnitud de la población que requieren atención especializada.

Asimismo, se explicó que el tratamiento para la depresión comprende: la psicoeducación, el farmacológico y las psicoterapias: Interpersonal, Cognitivo Conductual, Familiar Sistémica y de Grupo. En casos graves se puede requerir hospitalización. Además, conocer los factores protectores y de riesgo, que se han reseñado a lo largo de este trabajo, ayudaran a la persona a aplicar capacidades, habilidades y conductas apropiadas en su vida disminuyendo el riesgo de manifestar depresión.

El estigma que existe en relación a los trastornos mentales es producto de la falta de información objetiva, veraz y actualizada. En este sentido, el objetivo del presente trabajo es informar y concientizar a la población en general acerca de este tema de interés social y puedan conocer, prevenir, detectar y tratar a tiempo este trastorno que afecta a millones de personas.

La investigación periodística contribuye a divulgar los avances de la ciencia que se van generando en torno a diversos problemas que afectan a la sociedad y le dan voz cumpliendo de esta forma con la función social del periodismo. Para lograr este compromiso se narraron las vivencias de una pequeña muestra representativa de los adolescentes que padecen depresión por lo que se requirió tener acceso a las voces de los pacientes, quienes en su gran mayoría evitan hablar sobre su padecimiento porque significa revelar sus problemas, sus sentimientos, sus miedos, sus errores y desaciertos, en una palabra su vida.

Lo más difícil fue obtener los testimonios de los chicos y sus madres por el trámite que significó, primero porque tuve que pedir permiso por escrito al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa para realizar las entrevistas. Asimismo, entregué un cuestionario de las preguntas que se les harían a los pacientes y una carta compromiso explicando cuál era el objetivo de las entrevistas y para qué servirían sus testimonios. Posteriormente, tuve que esperar a que el Comité de la Institución me otorgara dicho permiso y después explicarles a los pacientes y sus madres que sus testimonios se ocuparían para elaborar un reportaje para informar acerca del tema de la depresión en la adolescencia, con la promesa de proteger su identidad en estricto anonimato.

Las madres de familia se interesaron por el trabajo porque a partir de sus vivencias podrían ayudar a concientizar a otros padres de familia sobre este problema. En un principio, a los adolescentes les costaba hablar sobre su trastorno y los conflictos que han tenido a causa de éste, pero después sus sentimientos salían a flor de piel con una necesidad intensa de ser escuchados.

Los especialistas manifestaron un gran interés en el tema porque sus experiencias, opiniones y conocimientos servirían para sustentar esta investigación además aportaría información y orientación a la sociedad acerca de este padecimiento debido a que todavía se cree que los niños y adolescentes no pueden padecer depresión y pasan varios años para buscar atención especializada. Además, como expresaron algunos de ellos, la gente cree que no es un problema o inician con el tratamiento y cuando se sienten mejor ya no regresan produciendo recaídas más tarde.

Este hecho también es producto de la desinformación y falta de concientización del problema.

La sociedad actual exige que se le brinde información detallada acerca de los temas de interés actual, de manera creativa valorando todos sus aspectos. El reportaje cumple con estas expectativas al ser un género completo debido a que el reportero capta con profundidad la realidad social ahondando en sus antecedentes, causas y consecuencias.

Para conocer y comprender el fenómeno de la depresión se requirió además de una investigación documental; entrevistarse con especialistas: psicólogos y psiquiatras para fundamentar las características, síntomas, severidad, duración, en fin, abundar en todos los aspectos de este trastorno.

Con este trabajo pretendo aportar información suficiente para que el lector conozca más a fondo este trastorno al proporcionarle no sólo datos y estadísticas si no los testimonios de expertos en el tema y sobre todo de personas que sufren este padecimiento. En la redacción de este reportaje se trató, a través de la creatividad, hacer que este tema noticioso sea interesante para atraer la atención del público por lo que las historias de vida de los adolescentes constituyen el eje conductor que involucra emocionalmente al público. Así, los conceptos, definiciones, estadísticas y toda la información derivada de esta investigación se manifiestan en el relato de estas historias que son fieles reflejos de una parte de la realidad social que permiten que el público se identifique, asuma una postura y tome conciencia acerca de la dimensión de este problema de gran interés actual y que afecta a la sociedad en su conjunto, así contribuyó, de alguna manera, al mejoramiento social al informar ampliamente los aspectos de esta problemática así como aportar soluciones al exponer y describir los tratamientos que se aplican en la actualidad para tratar la depresión.

Por otro lado, creo que otra aportación que hago como reportera es escribir sobre el tema en la modalidad de reportaje, diferente a otro tipo de trabajos. El análisis, la reflexión y la observación periodística fueron herramientas fundamentales para lograr que la información especializada, los testimonios y estadísticas que refuerzan y sustentan los hechos se expresaran con estilo ameno ágil y en un lenguaje sencillo, claro y directo para cualquier persona facilitando la comprensión del tema.

Se puede concluir que este trabajo cumplió con el objetivo propuesto, debido a que logró dar cuenta de los antecedentes, causas y las consecuencias, explicando y analizando con profundidad la problemática de la depresión en la adolescencia hasta la esencia misma de los hechos y de esta forma poder informar y orientar a padres de familia, trabajadoras sociales, profesores y al público en general interesados en el tema.

FUENTES DE INFORMACIÓN

ENTREVISTAS:

Dr. Héctor Rodríguez Juárez, Director del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa, especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia por la UNAM. Maestría en psicoterapia psicoanalítica por el ELEIA. Psiquiatra de adultos. Investigador en temas de depresión y suicidio en adolescentes. Marzo 31, 2010; Abril 7, 2010; 20 julio, 2010; Marzo 7, 2011.

Dr. Humberto Rico Díaz, Director del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Zacatenco. Médico cirujano por la UNAM con especialidad en psiquiatría y psicogeriatría. Maestría en psicoterapia. Noviembre 26, 2009; Diciembre 3, 2009.

Dra. Liz Sosa Mora, coordinadora de la Clínica de la Adolescencia, dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Médico cirujano y partero por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Especialista en psiquiatría por la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia por el Hospital Juan N. Navarro y la Universidad Nacional Autónoma México (UNAM). Noviembre 29, 2010, Marzo 8, 2011.

Dr. José Manuel Saucedo García, Psiquiatra infantil por la Universidad de Toronto, Canadá. Autor del libro: *familia: su dinámica y tratamiento*. Profesor de psiquiatría y psiquiatría infantil en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM). Médico cirujano y psiquiatría por la UNAM. Especialidad en psicoterapia familiar en la Universidad Iberoamericana. Diplomado de Terapia Cognitivo Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. Noviembre 15, 2010.

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez, psiquiatría infantil y de la adolescencia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Investigadora en trastornos psiquiátricos en hijos (niños y adolescentes) de padres con trastorno bipolar. Adscrita a la Clínica de la Adolescencia dependiente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Diciembre 8, 2010.

Dra. María Isabel Gama Lira, especialista en psicoterapia familiar y de pareja. Terapeuta sexual. Adscrita al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa. Agosto 3, 2010; Septiembre 7, 2010.

Dr. Carlos Mendoza Rodríguez, Jefe de Atención Médica del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Zacateco. Paidosiquiatra por la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM). Diciembre 4, 2009.

Dra. Josefina Barrón Barrera, Psicóloga adscrita al Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM), Iztapalapa. Especialista en niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual aplicada a niños y adolescentes. Agosto 5, 2010.

Lic. Sofía Smeke Mizrahi, Directora del Centro de Inteligencia Emocional. Creadora del Programa para el Desarrollo de la Inteligencia Emocional y las Habilidades Sociales: Alcanzando la Excelencia Emocional, para alumnos de preescolar, primaria y secundaria. Autora de los libros: Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes: Propuesta educativa dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional y de la habilidades sociales en los niños y adolescentes; Alcanzando la Inteligencia Emocional, de preescolar, primaria y secundaria; Los niños que conocen sus emociones; Conociendo nuestras emociones; Alcanzando la Inteligencia Emocional, para padres y maestros. Especialista en Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC). Maestra Normalista y Licenciada en Pedagogía. Ha tomado cursos sobre Inteligencia Emocional en Nueva York, SEL "Social & Emotional Learning" y el curso "Six Senconds" en la Ciudad de San Francisco para el desarrollo de Inteligencia Emocional en niños y jóvenes. Imparte talleres acerca del desarrollo de la Inteligencia Emocional, Habilidades Sociales y Autoestima para niños y adolescentes así como cursos a padres y docentes para el desarrollo de la Inteligencia Emocional incorporado al trabajo en las aulas. Marzo 25, 2011.

Pacientes del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) Iztapalapa y madres de los pacientes. Agosto-October 2010.

BIBLIOGRAFÍA:

Aberastury, Arminda y Knobel, Mauricio, *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*, México, Paidós, 2010, 1ra., edición, 163 pp.

Alonso Fernández, Francisco, *Claves de la depresión*, Madrid, Cooperación editorial, Serie: Ars Vivendi, 2001, 1ra. edición, 206 pp.

Arieti, Silvano y Bemporad, Jules, *Psicoterapia de la depresión*, México, Paidós, 1993, 449 pp.

Arnett Jeffrey, Jensen, *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*, México, Pearson Educación, 2008, 3ra. edición, 558 pp.

Bernal, Aurora, et al., *La familia como ámbito educativo*, Madrid, Rialp, 2005, Colección: textos del Instituto de Ciencias para la Familia, Universidad de Navarra, 198 pp.

Calderón Narváez, Guillermo, *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*, México, Trillas, 1990, 4ª. edición, pp. 252.

Campbell, Federico, *Periodismo escrito*, México, Ariel, 1995, Colección: Ariel-comunicación, 1ra. edición, 192 pp.

Cuevas Sosa, Andrés Alejandro, *Psicoterapia individual, familiar y de grupo: Un estudio acerca de las características generales de las psicoterapias individual, familiar y de grupo*, México, Instituto Politécnico Nacional, 1991, 1ra. edición, 127 pp.

Chinchilla Moreno, Alfonso, *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*, Madrid, Médica Panamericana, 2008, 411 pp.

Conti, Norberto Aldo, *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*, Buenos Aires, Polemos, 2007, 1ra. edición, 192 pp.

Dulanto Gutiérrez, Enrique, *El adolescente*, México, McGraw-Hill Interamericana: Asociación Mexicana de pediatría, A.C., 2000, 1ra. edición, pp. 1327.

Fize, Michel, *Los adolescentes*, México, Fondo de Cultura Económica, Colección: Popular, 2007, 1ra. edición, 135 pp.

Florenzano Urzúa, Ramón, *El adolescente y sus conductas de riesgo*, Chile, Universidad Católica de Chile, 1998, pp. 236.

Fernández Berrocal, Pablo y Ramos Díaz, Natalia, *Desarrolla tu inteligencia emocional*, Barcelona, Kairós, 2009, 4ª. edición, 2009, 140 pp.

Garza, Fidel de la, *Depresión en la infancia y adolescencia*, México, Trillas, 2007, 1ra. edición, pp. 176.

Gimeno Collado, Adelina, *La familia: el desafío de la diversidad*, Barcelona, Ariel, Serie: Ariel psicología, 1999, 1ra. edición, 283 pp.

Goleman, Daniel, *La inteligencia emocional: Por qué es más importante que el cociente intelectual*, México, Vergara, 2010, 51ª. edición, 397 pp.

Gómez Castro, C., et al., *¿Qué son los trastornos externalizados o de conducta?*, Tomo IV, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Clínica de Adolescentes, 2006, p. 36.

González Reyna, Susana, *Manual de investigación documental y redacción*, México, Trillas, 5ª. edición, 2005, 206 pp.

González, Eugenio. *Padres, hijos y amigos: La educación de los adolescentes*, Madrid, CCS, Colección: EDUCAR, 2005, 348 pp.

Gracia Fuster, Enrique y Musitu Ochoa, Gonzalo, *Psicología social de la familia*, Barcelona, Paidós, Serie: Temas de psicología, 2000, 3ra. edición, 185 pp.

Kramlinger, Keith, *Guía de la Clínica Mayo sobre la depresión*, México, Intersistemas, 2001, 1ra. edición, 194 pp.

Hidalgo Carmona, Carmen Gloria y Abarca Melo, Nureya, *Comunicación Interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*, Colombia, Alfaomega, Ediciones Universidad Católica de Chile de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1999, 3ª. edición, 288 pp.

Leñero, Vicente; Marín, Carlos, *Manual de periodismo*, México, Grijalbo, 1986, 7ta. edición, 315 pp.

López-Ibor Aliño, Juan José, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR*, Barcelona, Masson, 2005, 908 pp.

Martín Vivaldi, Gonzalo, *Géneros periodísticos*, España, Paraninfo, 1998, 2a. edición, 315 pp.

Mendioca, Gloria, *Sobre tesis y tesisas: Lecciones de enseñanza-aprendizaje*, Buenos Aires, Espacio, Colección: Ciencias Sociales, 2003, 1ra. edición, 224 pp.

Micucci A., Joseph, *El adolescente en la terapia familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control*, Buenos Aires, Amorrortu, Serie: Biblioteca de psicología y psicoanálisis, 2005, 1ra. edición, 384 pp.

Musitu, Gonzalo, et al., *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*, España, Síntesis, Serie: Análisis e intervención social, 2004, 1ra. edición, 185 pp.

Polaino-Lorente, Aquilino, *Familia y autoestima*, España, Ariel, Serie: Psicología, 2004, 1ra. edición, 361pp.

Quinn, Brian P., *Todo sobre la depresión: aprenda a controlarla*, México, McGraw-Hill Interamericana, 2003, 2da. edición, 275 pp.

Río Reynaga, Julio del, *Periodismo interpretativo: El reportaje*, México, Trillas, 1994, 1ra. edición, pp. 195.

Río Reynaga, Julio del, *Teoría y práctica de los géneros periodísticos informativos*, México, Diana, 1992, 2ª. Edición, pp. 234.

Shaffer, David y D. Waslick Bruce, *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, Barcelona, Psiquiatría, Serie: Revisiones de psiquiatría: Ars Medica, 2003, pp. 199.

Smeke Mizrahi, Sofía, *Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes: Propuesta educativa dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades sociales en los niños y adolescentes*, México, Tomo, 2002, 1ra. edición, 265 pp.

Soutullo Esperón, César, *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*, España, Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), Serie: Salud, 1ra. edición, 2005, pp. 168.

Valdivia P., Mario y Condeza D. Ma. Isabel, *Psiquiatría del adolescente*, Mediterráneo Ltda., Chile, 2006, 575 pp.

Villardón Gallego, Lourdes, *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*, Bilbao, Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto, 1993, 318 pp.

HEMEROGRÁFICAS:

Máximo Simpson, "Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, No. 86 y 87, UNAM, Año XXIII, México, Nueva época, 1977, pp. 10.

INTERNET:

Alberto Fernández Liria, et al., "La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio", [en línea], 22 pp., Madrid, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997, vol. XVII, núm. 64, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Dirección URL: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1997/revista-64/03-la-terapia-interpersonal-de-la-depresion.pdf>, [consulta: 17 de enero de 2011].

Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina-Mora Icaza, “Tabaquismo y depresión”, [en línea], 8 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 31, núm. 5, septiembre-octubre de 2008, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3105/sm3105409.pdf>, [consulta: 15 de noviembre de 2010].

Andrés Heerlein, “Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor”, [en línea], 14 pp., Santiago de Chile, Revista chilena de neuro-psiquiatría, vol. 40 suplemento 1, octubre de 2002, Dirección URL: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-2272002000500005&script=sciarttext>, [consulta: 15 de enero de 2011].

BBC Mundo, “La depresión, una crisis global”, [en línea], Reino Unido, BBC Mundo, Sección: ciencia, 14 de septiembre de 2009, Dirección URL: http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml, [Consulta: 17 de octubre de 2009].

Centro de Noticias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), “Violencia relacionada con alcohol causa 2,5 millones de muertes al año, advierte OMS”, [en línea], Nueva York, 6 de septiembre de 2010, Organización de las Naciones Unidas (ONU), Dirección URL: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=19129&criteria1=alcohol&criteria2=violencia>, [consulta: 14 octubre de 2010].

Corina Benjet, et al., “Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México”, [en línea], 10 pp. México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 2, marzo-abril de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212275008>, [consulta: 29 de noviembre de 2009].

Corina Benjet, et al., “La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento”, [en línea], 8 pp., México, Revista Salud Pública de México, vol. 46, núm. 5, septiembre-octubre de 2004, Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección URL: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2004/num%205/465_4_La%20depresion_inicio.pdf, [consulta: 10 de noviembre de 2010].

Daniel Goleman, *La práctica de la inteligencia emocional*, [en línea], pp. 366, Barcelona España, Kairós, 1998, Dirección URL:

<http://downloads.ziddu.com/downloadfile/8405853/DanielGoleman-LaInteligenciaEmocionalenlaPractica.zip.html> [consulta: 8 de enero de 2011].

Enrique Chávez León; Martha Patricia Ontiveros Uribe; Carlos Serrano Gómez, “Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5TH)”, [en línea], 13 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 31, núm. 4, Julio-Agosto de 2008, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3104/sm3104307.pdf>, [consulta: 5 de enero de 2011].

Este País: tendencias y opiniones, “Nadie debería ir a la cárcel por usar drogas”, [en línea], 2 pp., México, 4 de febrero de 2010, Dirección URL: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2010/02/9_ent_medina-mora.pdf, [consulta: 15 de noviembre de 2010].

Estefanía Estévez López, Gonzalo Musitu Ochoa, Juan Herrero Olaizola, “El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente”, [en línea], 10 pp. México, vol. 28, núm. 004, Agosto de 2005, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58242809.pdf>, [consulta: 18 de junio de 2010].

Guilherme Borges, et. al.; “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”, [en línea], 13 pp., México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010].

Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), “En México, el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en los jóvenes: IMJUVE”, *Boletín No. 64*, [en línea], México, Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), 9 de septiembre de 2009, Dirección URL: http://www.imjuventud.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=48, [consulta: 28 de diciembre de 2009].

Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), *Depresión*, [en línea], 26 pp., Estados Unidos, Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), núm. SP 09 3561, Enero de 2009, Dirección URL: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression.pdf>, [consulta: 25 de noviembre de 2009].

Instituto Nacional de la Salud Pública, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008, (ENA 2008), Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*, [en línea], pp. 80, México, febrero de 2009, Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección URL: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html> [consulta: 12 de noviembre de 2010].

Jorge Ameth Villatoro Velásquez, et al. “Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México 2006: Prevalencias y evolución del consumo de drogas”, [en línea], 11 pp., México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 4, julio – agosto de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3204/sm3204287.pdf> [consulta: 18 de diciembre de 2009].

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Salud Mental: un estado de bienestar*, [en línea], Ginebra, Suiza, 3 de septiembre de 2007, Dirección URL: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html, [consulta: 9 de octubre de 2009].

Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte en jóvenes, dice la OMS”, [en línea], Washington, Estados Unidos, Centro de Noticias de la Organización Panamericana de la Salud – Bolivia (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 14 de septiembre de 2009, Dirección URL: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18130&SE=SN>, [consulta: 15 de octubre de 2009].

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *La salud de los adolescentes en México*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.mex.ops-oms.org/>, [consulta: 3 de noviembre de 2009].

Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, “La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey”, [en línea], España, Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, número 54, 2005, Asociación universitaria de formación del profesorado (AUFOP) pp.31, Dirección URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2126754>, [consulta: 14 de febrero de 2011].

Pablo Fernández Berrocal, Natalio Extremera Pacheco, “La Inteligencia Emocional y el Estudio de la Felicidad”, [en línea], España, Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, No. 66, 2009, Asociación universitaria de formación del profesorado (AUFOP) pp. 24, Dirección URL: http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587746.pdf, [consulta: 11 de febrero de 2011].

Quetzalcóatl Hernández Cervantes, *Características personales asociadas al riesgo suicida adolescente*, [en línea], México, 2010, Dirección URL: <http://vivepsicologia.org/riesgo.html>, [consulta: 7 agosto de 2010].

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, “Menores de 12 a 17 años tienen más riesgo de desarrollar dependencia a las adicciones”, Comunicado de prensa núm. 274, [en línea], México, 02 de julio de 2010, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud, Dirección URL: <http://www.spps.gob.mx/noticias/sistemas-de-salud/29-menores-de-12-a-17-anos-tienen-mas-riesgo-de-desarrollar-dependencia-a-las-adicciones.html>, [consulta: 17 de noviembre de 2010].

Susana Torío López, María del Carmen Rodríguez Menéndez, “Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica”, [en línea], 28 pp., Ediciones Universidad de Salamanca, abril de 2008, Dirección URL: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/988/1086, [consulta: 9 de junio de 2010].

The National Institute on Drug Abuse (NIDA), The Science of Drug Abuse & Addiction, “Abuso de inhalantes”, Serie de Reportes de Investigación, [en línea], 7 pp. Estados Unidos, Publicación núm. 05-3818(S), Abril 2001, actualizada en octubre 2004 y julio 2005, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (NIH), Dirección URL: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Inhalantes/Inhalantes2.html#what>, [consulta: 17 de diciembre 2010].

The National Institute on Drug Abuse (NIDA), The Science of Drug Abuse & Addiction, *La marihuana: Lo que los padres deben saber*, [en línea], Estados Unidos, Publicación NIH No. 07-4036 (S) Impresa en 1997, actualizada en julio 1999, abril 2001, febrero 2003, septiembre 2004, septiembre 2007, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (NIH), Dirección URL: <http://www.nida.nih.gov/MarijBroch/Spanish/Marijparetxt-sp.html#Anchor-47857>, [consulta: 17 de diciembre 2010].

CURSO:

Alejandro Caballero Romo, “Trastornos de la alimentación”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

Enrique Gaspar Barba, “Abuso de sustancias”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

Juan Manuel Saucedo García, “Crianza”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

Liz Sosa Mora, “Conducta antisocial”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), jueves 4 de noviembre, 2010.

Patricia Zavaleta Ramírez, “Depresión”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), miércoles 3 de noviembre, 2010.

Silvia Ortiz León, “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)”, ponencia presentada en el Curso: *Principios de la Enfermedad Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), miércoles 3 de noviembre, 2010.

CONFERENCIAS:

Blanca Barcelata Eguiarte, “Relación entre sucesos de vida y afrontamiento en adolescentes con trastornos emocionales” ponencia presentada en el *XV Aniversario CECOSAM Iztapalapa: A través de los años, un reto a futuro*, México, Hotel Holiday Inn Aeropuerto, viernes 27 de noviembre, 2009.

Héctor Rodríguez Juárez, “La depresión en la adolescencia” ponencia presentada en el Curso Monográfico: *Psiquiatría del Hospital General*, México, Hospital General de México, “Auditorio Dr. Abraham Ayala González” miércoles 14 de abril, 2010.

Juan Ramón de la Fuente Ramírez, “¿Qué hacemos con las drogas?”, ponencia presentada en el Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, Ciclo de conferencias: “Las Ciencias en la UNAM: Construir el Futuro de México”, México, Facultad de Medicina (FM), UNAM, “Auditorio Raoul Fournier”, martes 18 de enero, 2011.

María Elena Medina-Mora Icaza, “¿Qué hacemos con las drogas?”, panel de discusión presentado en el Tercer Simposium: Los retos de la Salud en México, Ciclo de conferencias: “Las Ciencias en la UNAM: Construir el Futuro de México”, México, Facultad de Medicina (FM), UNAM, “Auditorio Raoul Fournier”, martes 18 de enero, 2011.

ANEXOS

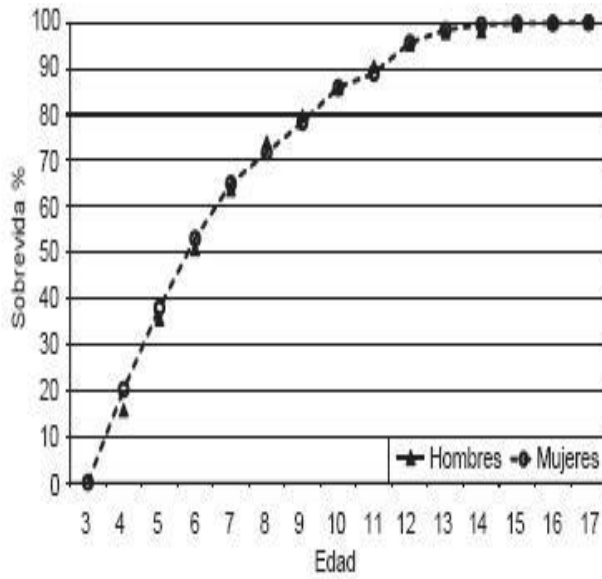


Figura 1. Edad de inicio para cualquier trastorno de ansiedad por sexo

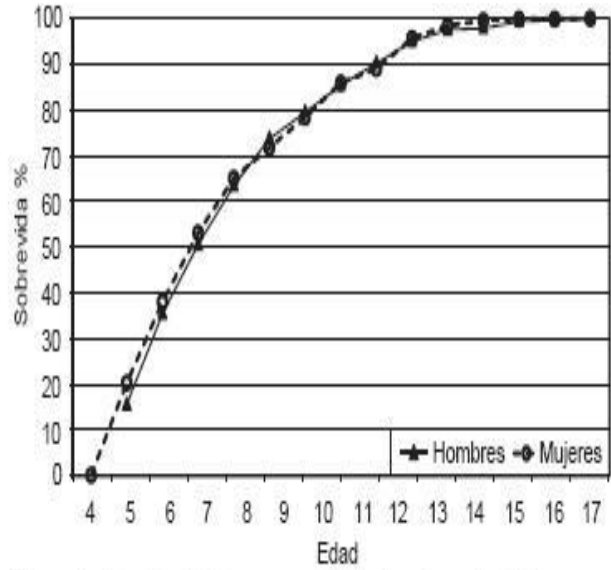


Figura 3. Edad de inicio para cualquier trastorno del ánimo por sexo

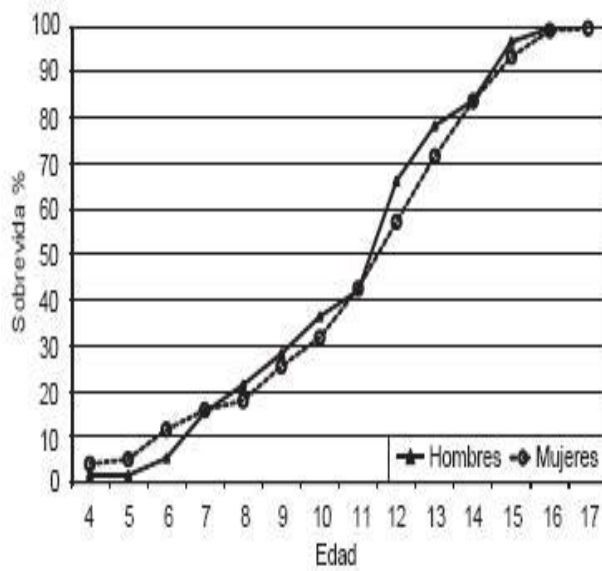


Figura 2. Edad de inicio para cualquier trastorno de impulsividad por sexo

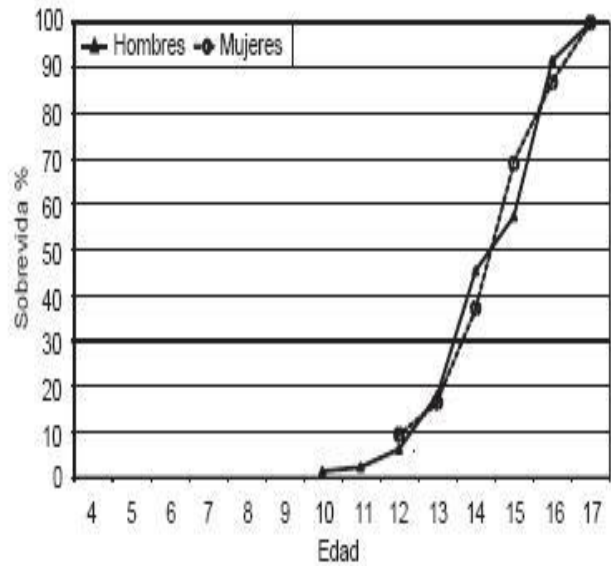


Figura 4. Edad de inicio para cualquier trastorno de uso de sustancias por sexo

Fuente: Corina Benjet, et al., "Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México", [en línea], México, Revista Salud Mental, vol. 32, núm. 2, marzo-abril de 2009, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212275008>, [consulta: 29 de noviembre de 2009] p. 160.

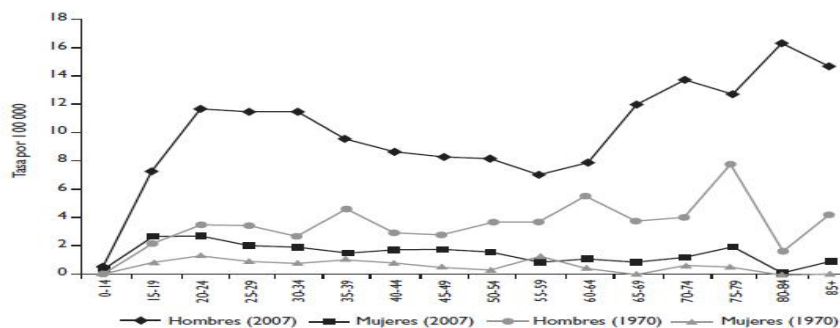


FIGURA 2. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. MÉXICO 1970 Y 2007

Fuente: Guilherme Borges, et al.; "Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual", [en línea], México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010], p. 296.

Cuadro I
SUICIDIO COMO UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, POR GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, 2007

Grupo de edad	n	% hombres	Tasa	Lugar entre las causas de mortalidad
< 15	138	60.9	0.43	5
15 a 19	522	73.2	4.98	3
20 a 24	687	80.5	7.13	3
25 a 29	587	84.0	6.60	4
30 a 34	551	85.3	6.52	5
35 a 39	419	85.9	5.41	7
40 a 44	345	82.3	5.09	10
45 a 49	278	82.0	4.90	16
50 a 54	213	82.6	4.76	22
55 a 59	130	88.5	3.76	30
60 a 64	115	87.0	4.27	32
65 a 69	124	92.7	6.02	33
70 a 74	104	90.4	6.91	41
75 a 79	69	84.1	6.71	43
80 a 84	45	100.0	7.04	44
85 y mas	36	91.7	6.59	49

Excluye suicidios con entidad federativa, edad o sexo no especificados
Fuente: Referencia 7

Cota M. Borges, G., Estudios sobre conducta suicida en México: 1998-2008, JOVENes, 2009, 32, 12-45, citado en Guilherme Borges, et. al.; "Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual", [en línea], México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010], p. 296.

Cuadro II
CAUSAS DE SUICIDIO POR SEXO. MÉXICO, 2007

	Masculino		Femenino		Total general	
	n	%	n	%	n	%
Envenenamiento	204	6	158	20	362	8
Arma de fuego	485	13	58	8	543	12
Ahorcamiento	2 794	77	530	68	3 324	76
Ahogamiento	20	1	4	1	24	1
Otros*	111	3	24	3	135	3
Total	3 614	100	774	100	4 388	100

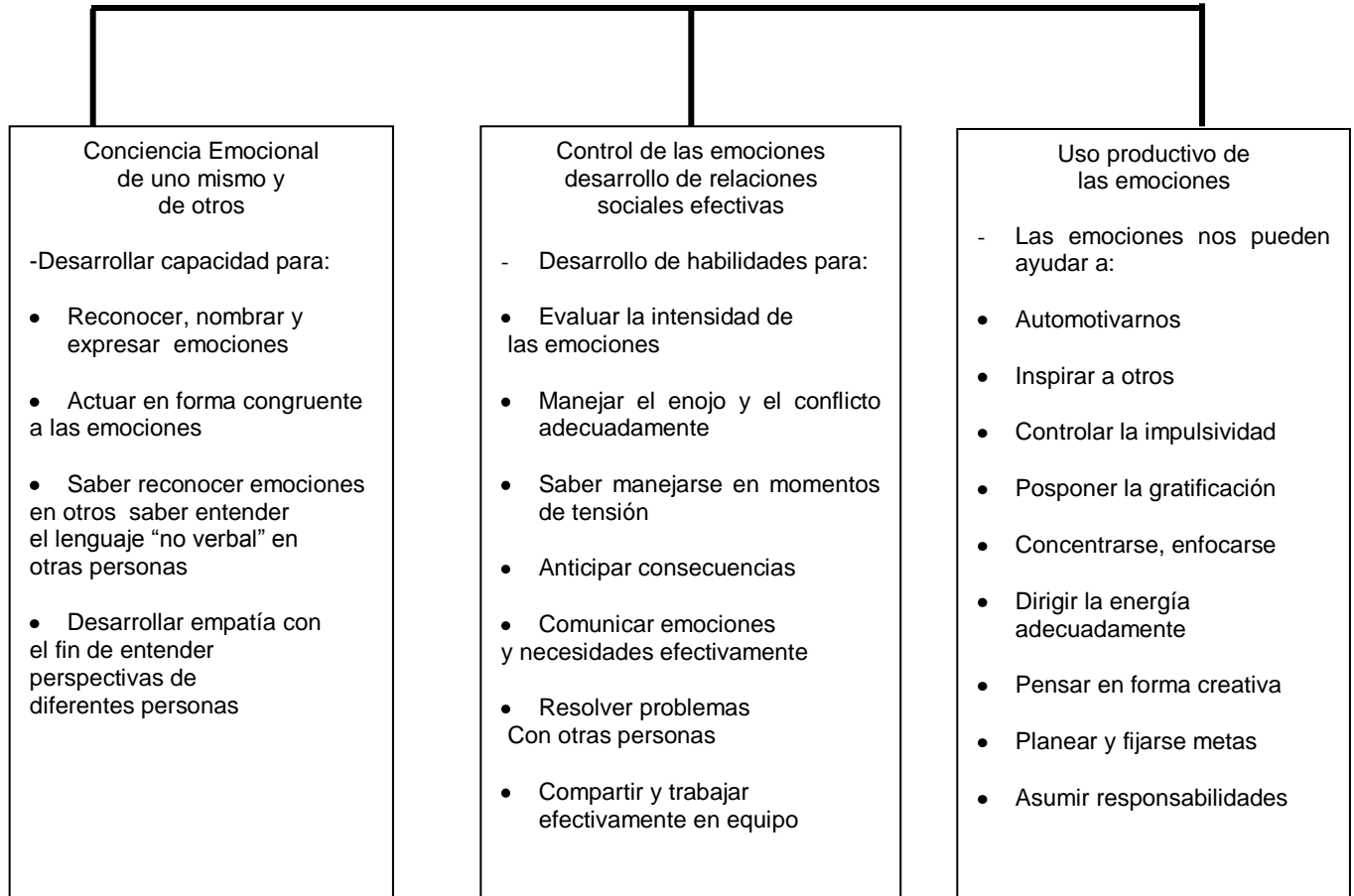
Excluye suicidios con entidad federativa o sexo no especificados

* Otros incluye: Humo, fuego o llamas, objeto cortante, saltar, colisión de vehículos, otros medios

Fuente: Referencia 11

Fuente: Guilherme Borges, et al.; "Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual", [en línea], México, Revista Salud pública de México, vol. 52, núm. 4, julio-agosto de 2010, Salud pública de México, Dirección URL: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>, [consulta: 7 de diciembre de 2010], p. 297.

Inteligencia Emocional



Fuente: Smeke Mizrahi, Sofía, *Alcanzando la excelencia emocional en niños y jóvenes: Propuesta educativa dirigida al desarrollo de la inteligencia emocional y de las habilidades sociales en los niños y adolescentes*, México, Tomo, 2002, 1ra. edición, p. 38.