



**U**NIVERSIDAD  
**I**NSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"DEPRESION EN ADOLESCENTES ANTE LA  
AUSENCIA DE LA FIGURA PATERNA"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
C. CINTHIA ESCOBAR GONZALEZ

ASESORA: LIC. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F.

2009



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.

## *AGRADECIMIENTOS*

### ***A Dios:***

Gracias por permitirme concluir esta etapa en mi vida, principalmente por darme salud, tener una familia y sobre todo por disfrutar cada día de mi vida.

### ***A mi Mamá (Silvia):***

A ti Mamá, gracias principalmente por darme la vida, por darme tu cariño, comprensión y apoyo. Por tu motivación a seguir estudiando y prepararme, pero sobre todo gracias por darme la oportunidad de ser tu hija y disfrutar junto a ti cada día de mi vida, Te Quiero Mucho!

### ***A mi Mamá (Abuelita):***

Gracias por dedicar gran parte de tu vida a cuidarme, por tener tantas atenciones, por tu cariño incondicional y por ser también mi Mamá, eres una mujer admirable a la cuál quiero y respeto mucho.

### ***A mi Papá (Tío):***

A pesar de la distancia física sigues a mi lado y en mi corazón, gracias por haber estado conmigo el tiempo que haya sido, por tu cariño que no olvidare y por haber formado parte de mi vida, gracias!

### ***A mis Tías (María Elena y Martha):***

Malé: Gracias por inculcarme valores muy importantes en mi persona y en la vida, los cuales he tratado de seguir; por tu ayuda y consejos que no se olvidan, te quiero!

Martha: Gracias por todos tus consejos, por demostrarme que en la vida deben plantearse objetivos y luchar por alcanzarlos, ser constante y perseverante, eres un ejemplo a seguir; sobre todo gracias por tus muestras de cariño, te quiero!

### ***A mi hermano (Diego):***

Hermano, te quiero mucho... sigue estudiando y preparándote, gracias por ser mi hermano y formar parte de mi vida.

### ***A mi esposo (Isai):***

A pesar de todo hemos logrado muchas cosas y las que nos faltan... gracias por tu amor, por tu entusiasmo y por tu apoyo... por estar conmigo. Gracias por compartir momentos de felicidad, tristeza y llenarme de cuidados y cariño. TE AMO!

***A todos mis amigos (Mayra, Mónica, Bruno, Gersain, etc...):***

Gracias a todos por estar conmigo en diferentes etapas de mi vida, los quiero mucho, aprendí diferentes cosas de cada uno, compartimos tantos momentos que nunca olvidare, los quiero y los valoro muchísimo y están siempre en mis pensamientos, mil gracias!

***A mis Maestros:***

Gracias por sus enseñanzas, por sus consejos durante toda la carrera y por haber formado parte de mi aprendizaje.

Cinthia,

## INDICE

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.....1**

### **CAPITULO 1**

**DEPRESIÓN.....3**

- 1.1 Trastornos afectivos.....3-6
- 1.2 Definición y tipología.....7-13
- 1.3 Causas de la depresión.....14-18
- 1.4 Elaboración de diagnóstico.....18-20
- 1.5 Tratamiento.....21-24
- 1.6 Depresión en adolescentes.....24-30

### **CAPITULO 2**

**ADOLESCENCIA.....31**

- 2.1 Definición.....31-33
- 2.2 Características de la adolescencia.....34-46
- 2.3 Teoría del apego.....46-50

### **CAPITULO 3**

**FIGURA PATERNA.....51**

- 3.1 Antecedentes teóricos.....51-55
- 3.2 Función e imagen paterna.....55-61
- 3.3 Ausencia de la figura paterna.....61-70

## **CAPITULO 4**

<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>71</b>
4.1 Planteamiento del problema.....	71
4.2 Objetivos.....	71
4.3 Hipótesis.....	72
4.4 Variables y definiciones.....	72
4.5 Definición conceptual de las variables.....	73
4.6 Definición operacional.....	74
4.7 Muestra.....	74
4.7.1 Criterios de inclusión.....	74
4.7.2 Criterios de exclusión.....	74
4.8 Diseño de investigación.....	75
4.9 Tipo de estudio.....	75
4.10 Instrumentos.....	75-77
4.11 Escenario.....	77
4.12 Material.....	77
4.13 Procedimiento.....	77-78

## **CAPITULO 5**

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>79-82</b>
------------------------	--------------

## **CAPITULO 6**

<b>DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	<b>83-86</b>
-------------------------------------	--------------

## **CAPITULO 7**

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>87-88</b>
--------------------------	--------------

## **BIBLIOGRAFIA**

## **ANEXOS**

## RESUMEN

Esta investigación buscó descubrir si la ausencia de la figura paterna ocasiona depresión en adolescentes. La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza.

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, con 60 adolescentes de 16 a 20 años de edad (30 adolescentes hombres y 30 adolescentes mujeres) que carecieran de la figura paterna y fueran estudiantes de Preparatoria de la Universidad Insurgentes, Plantel Xola. Realizando un diseño de investigación no experimental de campo y *expost-facto*, el estudio es de tipo descriptivo.

El análisis estadístico realizado fue de tipo paramétrico, se aplicó una distribución de frecuencias y una correlación de Spearman.

Los resultados demostraron que los adolescentes del sexo masculino de 16 y 17 años de edad presentan depresión, de grado mínimo a mayor cuando han sufrido una separación o divorcio; de 19 y 20 años de edad hay un grado de depresión mínima por motivos de abandono del padre. Las adolescentes del sexo femenino de la misma edad (16 y 17 años), presentan depresión, de grado mínimo a severo, ya sea por divorcio, separación y muerte; las de 18 años de edad, presentan un grado de depresión severa por abandono del padre; a lo que también se le atribuye el inicio de la adolescencia y todo lo que implica esta etapa.

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la depresión en adolescentes causada por la falta de la figura paterna. Es a partir de esta inquietud que es importante conocer la forma en que la imagen paterna influye en el desarrollo de los adolescentes. Esta investigación se realiza considerando las diversas etapas que son inherentes en estas fases de la formación de todo ser humano. Al revisar los diferentes procesos por los cuales atraviesa un individuo en su adolescencia, se considera a ésta como crucial para su formación, por lo que un adecuado desempeño de la función paterna trae como consecuencia una mejor estructura familiar, y por lo tanto, un mayor grado de salud mental. La importancia que tiene el padre, dentro de la familia depende de un adecuado desempeño de su rol, lo que se lograría en la medida en que el mismo tenga un desarrollo óptimo de sus funciones yóicas, que les de lo que se clasifica como un yo fuerte (González, Cortes y Padilla, 1996).

En la actualidad, uno de los graves problemas por los cuales atraviesan los hijos es precisamente aquel que conlleva la ausencia del padre, lo que origina una especie de desequilibrio psíquico-emocional y afectivo dentro del reforzamiento de las normas de conducta en su proceso de formación cultural, las cuales deben ser legadas y fortalecidas por el padre y/o madre (García, 2003).

Por lo que, la epigénesis del adolescente deprimido es la carencia afectiva, frustración de las necesidades instintivas, rechazos de los padres, pérdida real o fantaseada de alguno de ellos.

Los adolescentes sufren la ausencia del padre, presentando a corto plazo, inseguridad, soledad y a veces estados depresivos, tienden a manifestar esta ausencia de afecto y comunicación en forma de: fracaso escolar, conducta antisocial, dejadez, vagancia y consumo de sustancias tóxicas (Vargas y Miguel, 2001).

La importancia y presencia del padre, tanto en la interacción con la madre con el desarrollo del adolescente, es tan necesaria, que su ausencia puede producir- no sólo en la infancia, sino también durante la adolescencia y en la vida adulta- actitudes y afectos negativos hacia la figura paterna, dejando profundas heridas y serias repercusiones en el desarrollo de la personalidad, no siempre fáciles de ocultar, negar, remediar u olvidar (González, Cortes y Padilla, 1996).

Para los fines de esta investigación, se abordaran los siguientes puntos: Capítulo 1.- Depresión, Trastornos Afectivos, Causas de la Depresión, Elaboración de Diagnostico, Tratamiento y Depresión en Adolescentes; Capítulo 2.- Adolescencia, Definición, Características de la Adolescencia y Teoría del Apego; Capítulo 3.- Figura Paterna, Antecedentes Teóricos, Función e Imagen Paterna y Ausencia de la Figura Paterna; Capítulo 4.- Metodología; Capítulo 5.- Resultados; Capítulo 6.- Discusión de Resultados y Capítulo 7.- Conclusiones.

Así pues, el presente estudio pretende mostrar los resultados del nivel de depresión que puede existir en los adolescentes con ausencia de figura paterna ya sea por divorcio, separación, muerte y abandono.

## CAPITULO 1

### DEPRESIÓN

#### 1.1 Trastornos Afectivos

Los trastornos afectivos son aquellos en los que el síntoma predominante es una alteración del estado de ánimo, el más típico, la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo (Encarta, 2007).

Los síntomas depresivos desaparecen normalmente al cabo de unos pocos días o semanas, los individuos tristes y abatidos se acomodan gradualmente a la circunstancia de su malestar y procuran establecer nuevas relaciones (Kimmer y Weiner, 1998).

Cuando los síntomas depresivos persisten durante varias semanas o más y obstaculizan las actividades cotidianas se convierten en una afección patológica conocida como *trastorno afectivo unipolar* (Kimmer y Weiner, 1998).

En algunos casos, los episodios persistentes o recurrentes de *depresión* que marcan esta enfermedad se alternan con episodios de *manía*, que es un grado exagerado de euforia, optimismo, entusiasmo y autoconfianza que persiste sin guardar proporción con los hechos reales que pudieran dar razón de ese sentimiento tan dichoso del individuo (Kimmer y Weiner, 1998).

Las personas trastornadas que experimentan episodios tanto depresivos como maníacos tienen una enfermedad llamada *trastorno afectivo bipolar*; un término antiguo y que todavía se oye con frecuencia para esta afección es el de *trastorno maniaco-depresivo* (Kimmer y Weiner, 1998).

Además de los trastornos unipolar y bipolar, otros dos términos para describir formas de trastorno afectivo son la *distimia*, que se refiere a una predisposición a episodios recurrentes pero leves de depresión y la *ciclotimia*, que se refiere a una inclinación a alternar episodios de depresión y manía en formas leves (Kimmer y Weiner, 1998).

Numerosos estudios han evaluado la frecuencia de los síntomas depresivos en los adolescentes utilizando varios cuestionarios y autoinformes. Debido a los muchos y distintos métodos usados en estos estudios, los resultados han oscilado entre el 20% y el 50% de los estudiantes de bachillerato que refieren un número sustancial de síntomas depresivos; en promedio, el 35% de los adolescentes afirman haber experimentado estados de ánimo depresivos en los seis meses anteriores (Kimmer y Weiner, 1998).

Entre el 7% y el 8% de los estudiantes de bachillerato están significativamente deprimidos en un momento determinado y aproximadamente un 9%, pese a su juventud, ya han experimentado un episodio de trastorno depresivo en algún momento de su vida (Kimmer y Weiner, 1998).

Los individuos deprimidos se mueven, hablan y piensan más despacio, este fenómeno, conocido como *enlentecimiento psicomotor*, hace que a las personas deprimidas les resulte difícil mover sus cuerpos y sus mentes. Dado su bajo nivel de energía, los individuos deprimidos suelen tener un bajo rendimiento en las tareas cognitivas y motoras que requieren atención y esfuerzo sostenido aunque sus habilidades esenciales en estas áreas no estén deterioradas. Por el contrario, los individuos maníacos parecen tener a su disposición enormes cantidades de energía y sus pensamientos fluyen en una sensación tan rápida que las ideas nuevas surgen antes de que las anteriores hayan desaparecido (lo que se conoce como *fuga de ideas*).

En cuanto a su estado físico, las personas con un trastorno afectivo muestran con frecuencia patrones alterados de la conducta alimentaria y del sueño. Los deprimidos tienden a dormirse lentamente, duermen a rachas y se levantan temprano, antes de haber descansado. Su apetito puede llegar a ser muy inferior o muy superior al habitual, lo que provoca que ganen o pierdan mucho peso (Kimmer y Weiner, 1998).

También suelen sentirse físicamente mal, preocuparse en exceso por su salud y funciones corporales y experimentar un número inusual de molestias, dolores y otras quejas somáticas para las que no existe un fundamento orgánico claro. Las personas que sufren episodios maníacos presentan la imagen de una muy buena salud (Kimmer y Weiner, 1998).

Las características observables de la depresión y la manía se derivan de cambios no adaptativos en el estado de ánimo, las actitudes, el nivel de energía y la condición física de la persona; estos cambios inadaptativos definen la naturaleza del *trastorno afectivo*.

La semiología de la afectividad no fue estudiada por razones históricas con la misma atención que otras funciones psíquicas por los autores clásicos. Asimismo, la naturaleza y los límites de los trastornos afectivos no están suficientemente perfilados. En efecto, las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome, síntoma o incluso como vivencia normal del ser humano ante los acontecimientos de la vida, pesan en el momento de elaborar una clasificación de estos trastornos (Vallejo y Gasto, 2000).

En las dístimias o lo que suele llamarse depresiones neuróticas, el término distimia, de acuerdo con Klein y Salisbury (en González y Hernández, 1999), correspondería a tres antiguos problemas en el área afectiva:

- La depresión neurótica
- La personalidad depresiva y
- Las depresiones crónicas, que se presentan en un 15% a 20% de los deprimidos.

De acuerdo a lo anterior, en las dístimias, como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo.

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal:

1. Trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión.
2. Depresión bipolar o síndrome maníaco- depresivo, se alternan periodos depresivos con otros estados de ánimo exaltado y euforia (manía).

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

Otros síntomas son el exceso de la locuacidad, la fuga de ideas, las ideas de grandeza, una actividad sexual, social y laboral excesivas, incapacidad de concentración, pérdida del juicio y disminución desmedida del sueño (Encarta, 2007).

## 1.2 Definición y Tipología

Para conocer acerca de la depresión hagamos un breve bosquejo acerca de su historia, para tratar de comprender el por qué de su interés y a partir de quien o quienes surge, y sobre todo sus principales pioneros y contribuciones (Salmones, 2005).

El término depresión, aparece con Hipócrates (470-370 A:C) de quien se dice vivió en el siglo IV, él llama a la depresión principalmente como melancolía, él creía que era resultado de una acumulación de atribillis en el cerebro, sin embargo Hipócrates abarca más allá de la depresión, aunque más bien no se refiere nunca a ésta, ya que hace uso de términos, que nada tiene que ver con la depresión, como son la melancolía, la frenetis y la manía, dando énfasis a la melancolía hipocondríaca, en la cuál se destacan las alteraciones digestivas, por lo tanto no tiene nada que ver con la sintomatología depresiva (Salmones, 2005).

Sin embargo fue Areteo de Cappadocia en el siglo II de nuestra era, quien formuló el cuadro más amplio y moderno de este desorden depresivo, el valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de dicha enfermedad, pero desafortunadamente nadie siguió este estudio; mientras tanto Galeno de Pergamo (130-201 D:C) en el mismo siglo desarrollo una teoría de la enfermedad mental basada en los humores, la cuál predomino como doctrina hasta la Edad Media, pero nuevamente en el renacimiento surge la importancia de estudiar a la depresión con un nuevo enfoque principalmente en Inglaterra, donde surgieron varios estudios sobre la melancolía y haciendo énfasis en una conexión psicopatológica entre la melancolía y la manía, la cuál a partir de dichos estudios, se sitúa en un cuadro de la clínica, al usar el término *maniacomelancolicus* que es actualmente usado como *manicodepresivo*.

Con la expansión de la Revolución Científica se comenzó a considerar la enfermedad mental como causa de agentes fisiológicos, los hallazgos fueron diferentes para cada investigador por lo cuál fue una época en donde los estados patológicos se describían con exageración y la situación en el nivel científico era demasiado confusa, lo que llevo a centrarse en un interés que fue la enfermedad y así se pudo certificar el diagnóstico a una persona con depresión.

Falret (en Salmones, 2005) diferenció entre melancolía ordinaria y su variedad episódica, tres años después Baillager hizo una contribución similar. Ya iniciado el siglo XX aparece la primera clasificación psiquiátrica introducida por Kraepelin, quien revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico; reunió en tres categorías principales a los diferentes síndromes con sus elementos, dichas categorías son: demencia precoz, parafrenía y psicosis maniaco-depresiva. Kraepelin se basó en el modelo de la medicina, argumentando a su vez que todos los trastornos psiquiátricos tenían una causa orgánica, al transcurso de sus estudios descartó por completo el modelo de enfermedad.

Mientras tanto, Adolfo Meyer (en Salmones, 2005), quien criticará a Kraepelin, utilizó su propio sistema de clasificación, el cuál por el contrario se basaba en una categoría más amplia de tipos reactivos y comenzó a tratar los desordenes psiquiátricos dando preeminencia a la influencia de las circunstancias existenciales, descartando por completo el modelo de enfermedad de Kraepelin, prefiriendo considerar los desordenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo.

En 1904 Meyer (en Salmones, 2005) sugirió denominar depresión al término melancolía. El psicoanálisis logra ejercer mayor influencia sobre los psiquiatras al poner énfasis en que la enfermedad mental no es simplemente la manifestación externa de una patología cerebral, si no un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico y tienen un significado. Es aquí donde Freud recibe la influencia de la indagación psicoanalítica de los motivos ocultos de la conducta, muchos psicoanalíticos se ocuparon de desordenes tales como la histeria y la neurosis, después de haber investigado todas estas conductas anormales; Freud vuelve su atención a la depresión y surgen nuevamente muchas contribuciones.

Karl Abraham (en Salmones, 2005) publicó la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, en donde compara la depresión con la ansiedad, que también era vista como el resultado de instintos reprimidos, menciona que la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales la cuál esta profundamente reprimida por lo que el sujeto no puede sentirse amado.

La teoría de Freud coincide con las contribuciones de Karl Abraham, pero él hace mención de relaciones objétales, más que de represión, en donde hay una instancia que se convierte en el superyo y atribuye al yo una mayor participación en la patología.

Sullivan (en Salmones 2005) describió a la depresión en términos notablemente clínicos, menciona la tendencia repetitiva y estereotipada a situaciones destructivas, la concentración en un limitado número de ideas y el retardo de los procesos vitales, lo cuál descarta que la depresión sea respuesta de circunstancias existenciales. Respecto a las contribuciones de Beck y Seligman, en donde Beck (en Salmones, 2005) hace referencia a las distorsiones cognitivas y de la visión irreal de la propia personalidad, en donde presenta sus propias formas de distorsión y la denomina la “tríada cognitiva”, la cuál esta compuesta por expectativas respecto al futuro. Seligman aplicó estudios a la depresión del ser humano señalando que cuando el sujeto se encuentra ante situaciones que le hacen sufrir y al no encontrar solución, su indefensión es la incapacidad de encontrar sentido a su vida.

A partir de estas principales contribuciones surge el importante interés por estudiar a la depresión como un trastorno emocional, pero principalmente se estudia todas aquellas características que dan lugar al nombre de depresión, sin embargo, el estudio de la depresión es un misterio, aunque surjan modelos y teorías que la explican ampliamente dando como resultado argumentos diferentes (Salmones, 2005).

Aún cuando el término de *depresión* se remota a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de *melancolía* (Calderón, 2001).

Como se mencionó, ya en el siglo IV A. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 2001).

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía, los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad (Calderón, 2001).

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaba frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas, por ejemplo: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares, y en segundo, las físicas, por ejemplo: la amenorrea y el puerperio (Calderón, 2001).

En 1809, Haslam, boticario del Hospital Behtlem en Londres, escribió: “Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de síntomas: semblante ansioso, y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en la cama la mayor parte del tiempo. Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa” (Calderón, 2001).

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

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas (Encarta, 2005).

Según Wicks y Nelson (1997), en el uso diario, por el término de depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión.

Por su parte, Breton (1998), define el término de depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

La depresión, que en 1928 era señalada por Lange (en González, 2001) como uno de los estados que resultan de la angustia que representa vivir, es un estado caracterizado por sensaciones subjetivas de pena, tristeza, desaliento, soledad y aislamiento.

Para González Núñez (1992) la depresión es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio.

Perder a un ser querido o a un buen amigo, fracasar en el logro de un objetivo deseado, o estar físicamente enfermo o incapacitado están entre los acontecimientos habituales que hacen que las personas se sientan tristes y abatidas.

Esta respuesta a las tribulaciones se describe generalmente como “sentirse deprimido” o tener síntomas depresivos. Los síntomas depresivos desaparecen normalmente al cabo de unos pocos días o semanas, al tiempo que los individuos tristes y abatidos se acomodan gradualmente a la circunstancia de su malestar y procuran establecer nuevas relaciones o replantearse sus aspiraciones (Kimmer y Weiner, 1998).

El término depresión esta basado prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales, así que depresión es un estado de “tristeza”.

La depresión se ha utilizado dentro de la psicología clínica y dicho término fue sumergido en el psicoanálisis y en la psiquiatría por lo cuál son estas las que se encargan principalmente de su definición y sus características; dentro de la clínica el término depresión puede tener diferentes niveles de significación: síntoma, síndrome, categoría diagnóstica y faceta de una dimensión-rasgo (Salmones, 2005).

Las personas depresivas, por lo general, provienen de una familia con rasgos depresivos, donde uno de los progenitores ha muerto o esta separado de la pareja. Los padres del futuro depresivo depositan en el hijo altas expectativas, de tal manera que éste siente que el éxito está ligado al cariño (González, 1992).

En la depresión predominan, entre otros síntomas: baja autoestima, miedos, bloqueo emocional, dificultad para tomar decisiones y un sentimiento generalizado de ansiedad e indefensión. Si esto sucede en una fase de nuestra biografía en la que estamos “aprendiendo a vivir”, será muy difícil que esos no impregnen nuestra actitud permanente frente a la vida (personalidad) de acuerdo con Alfonso Simón (en Bassas y Tomas, 1996).

Según Arieti (en González, 2006), hay tres tipos de depresión:

- a) **Depresión severa.** Cuando la persona presenta todos los síntomas de la depresión y esta le impide realizar sus actividades de la vida diaria.
- b) **Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar alguna de las actividades de la vida diaria.

- c) **Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

Por su parte, Coderch (en González, 1992), clasifica a la depresión de la siguiente forma:

- a) **Depresión endógena (Melancolía).** Es la depresión psicótica, en ella intervienen factores constitucionales como la herencia, en este tipo de depresión la sintomatología se expresa de forma muy marcada y existe un grave riesgo de suicidio.
- b) **Depresión reactiva.** Es la reacción del organismo ante un suceso que el individuo le resulta traumático o difícil de superar. El factor que causa la depresión está consciente para la persona, como ejemplo podemos citar a una persona que a consecuencia de la pérdida de su madre o padre se deprime. Lange (en Vallejo y Gasto, 2000), propone denominar *reactivas* al grupo de depresiones exógenas que se desencadenan por algún estrés ambiental.
- c) **Melancolía involutiva.** Aparece por primera vez después de los 60 años, su curso es crónico.
- d) **Depresión neurótica.** Puede a veces estar acompañada de ansiedad, el factor desencadenante puede ser una pérdida real o fantaseada. Los trastornos psicósomáticos en algunos casos acompañan a este tipo de depresión.

Cabe señalar que la depresión puede ser a su vez reactiva o exógena, es decir que en ella interfieren factores causales ambientales; o bien puede ser de procesos o endógena, la cuál surge sin razón aparente, por lo tanto este tipo de depresión es atribuida a una disfunción biológica; aunque también la han clasificado como primaria y secundaria, en donde la depresión secundaria es atribuida a los efectos de otros trastornos psiquiátricos o físicos, mientras que un episodio depresivo sin tales efectos se denomina como depresión primaria (Salmones, 2005).

### 1.3 Causas de la Depresión

Los genes que heredamos de nuestros padres pueden predisponernos a padecer la depresión, pero esta predisposición o vulnerabilidad hacia la depresión generalmente suele ser “destapada” o activada por los acontecimientos vitales. Los niños o adolescentes que sufren un fuerte estrés, o que tiene una pérdida significativa en la familia; y aquellos con problemas de atención, del aprendizaje, de la conducta o de ansiedad tiene más riesgo de sufrir depresión (Soutollo, 2005).

El tipo de acontecimiento estresante que más a menudo provoca un trastorno depresivo es la experiencia de la pérdida. Como ya hemos señalado, la depresión en respuesta a una pérdida es especialmente probable que tenga lugar cuando un ser querido muere, se marcha o rompe una relación (Kimmer y Weiner, 1998).

La explicación psicológica más común de la depresión es la pérdida por separación. Las explicaciones sobre la depresión a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto. La pérdida puede ser real (muerte de uno o ambos progenitores, divorcio, separación) o simbólica. La pérdida o la separación de un ser querido podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño (Wicks y Nelson, 1997).

Por otra parte, Bowlby (en Romero, 2004) designa que la depresión es a causa de las relaciones objétales truncadas en la primera infancia denotando tres factores desencadenantes y cruciales en el desarrollo de la depresión, como son:

- a. No haber conseguido nunca una relación estable y segura con sus padres.
- b. El recibir palabras como detestable, inconveniente e incompetente.
- c. La pérdida de un padre.

Esto aunado a la intensidad del patrón de las experiencias vividas y sucesos experimentados recientemente.

Por su parte Calderón (2001), divide las causas de la depresión en: genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

**Causas genéticas.** Los estudios de Kallmann proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Con base a su estudio de 461 personas en el que utilizó el método de parejas de gemelos, Kallmann reportó las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en psicosis maniaco-depresivas.

- a) 0.4%            en población general
- b) 23.5%        en padres
- c) 16.7%        en medios hermanos
- d) 23.0%        en gemelos dicigóticos
- e) 100.0%      en gemelos monocigóticos

Como parte de este estudio, Kallmann aisló a un grupo de 23 enfermos maniaco-depresivos que tenían gemelos idénticos (monocigóticos). En 22 de los casos el otro gemelo presentaba también psicosis maniaco-depresiva.

Finalmente hay datos que indican, al menos aparentemente, que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, si no también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o con otras drogas antidepresivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamentos (Calderón, 2001).

Los factores biológicos hacen referencia a cambios químicos que ocurren en el cerebro, alteraciones en el funcionamiento del cuerpo, como las manos, ojos, senos y aparatos reproductores; en personas sensibles, algunos medicamentos para otras enfermedades pueden llevar a la depresión, en algunas personas es de orden hereditario, ya que sus papas, abuelos o tíos pudieron haber tenido depresión (Oble, 2000).

**Causas psicológicas.** Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y dependencia respecto de los miembros de la familia (Calderón, 2001).

- a) Causas determinantes. Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.
- b) Causa desencadenantes. Pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder y pérdida de la salud:
  - Enfermedades con peligro de muerte
  - Enfermedades que originan incapacidad física
  - Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
  - Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia)

La historia infantil hace referencia, a la forma en que vivió cada persona su niñez y adolescencia, son las experiencias y aprendizaje que impregnaron a cada individuo a lo largo de su vida, para así formar su carácter y/o personalidad, por ejemplo: si en la infancia hicieron sentir al niño como un estrobo, descargaron en él sus frustraciones, lo maltrataban, no le dieron amor, no le ponían atención, le enseñaron las cosas por las malas o vivió el rechazo, abandono, indiferencia, la muerte de una de las figuras parentales, etc., existe una probabilidad muy grande que cuando el niño sea adolescente o llegue a ser adulto, sufra depresión debido a estos hechos del pasado.

Los acontecimientos de la vida, se refieren a los sucesos importantes que vivió una persona, por ejemplo, muerte de un ser querido, infidelidad, divorcio, problemas sexuales, encarcelamiento de un familiar, pérdida de empleo, haber terminado una carrera, el nacimiento de un bebé, ascenso de empleo, etc. (Oble, 2000).

**Causas ecológicas.** Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones. Como ésta tiene sus propios mecanismos de defensa y de autopurificación, durante siglos logro mantenerse en equilibrio, lo cuál permitió al ser humano una vida tranquila y saludable. No obstante, durante la última centuria la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que superó con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente (Calderón, 2001).

Hoy en día la contaminación atmosférica, problemas de tránsito y ruido excesivo preocupan a la humanidad, ya que va a la par del crecimiento demográfico.

Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este torbellino y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve (Calderón, 2001).

**Causas sociales.** Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos, que a través de los siglos hemos heredado de nuestros antecesores mamíferos, particularmente de los primates. Un aspecto interesante de los sistemas es que nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de la fuerza de estos lazos es la reacción de duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira, sin embargo es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

**Causas sociales de la depresión:**

- a) Desintegración de la familia
- b) Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- c) Falta de vínculos con los vecinos
- d) Migraciones

Los factores sociales, hacen referencia a la situación social en general, la pobreza, crisis económica, depender de servicios del gobierno, compartir la casa con otros familiares, etc. (Oble, 2000).

**1.4 Elaboración de Diagnóstico**

En el diagnóstico de la depresión debe considerarse la intensidad, cronicidad y duración de los síntomas, es común que el adolescente se deprima a causa de la remodelación de su estructura psíquica que se produce como consecuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos masivos (González, 2001).

En esta época de la vida, el individuo debe romper con los lazos del pasado (incluyendo antiguas identificaciones con figuras adultas) para forjar una nueva imagen de si mismo (González, 2001).

Durante años se creyó y enseñó que los niños y adolescentes no podían sufrir trastornos del estado de ánimo y que la depresión clínica constituía un síndrome para el que se requería un nivel mínimo de desarrollo, antes de que alguien pudiera diagnosticársele verdaderamente el trastorno (Shaffer y Waslick, 2003).

Los criterios operativos definidos en las décadas de 1970 y en 1980 para los síndromes depresivos en adultos fueron aplicados a pacientes más jóvenes y los investigadores hallaron de forma consistente que niños y adolescentes presentaban constelaciones similares y concomitantes de síntomas emocionales, cognitivos y conductuales que eran, para cualquier propósito práctico, difíciles de distinguir de los síndromes depresivos en adultos (Shaffer y Waslick, 2003).

Actualmente, en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association) se utilizan esencialmente los mismos criterios para diagnosticar la depresión en niños, adolescentes, adultos o ancianos, con dos excepciones. En primer lugar, el estado de ánimo principal ha sido modificado en niños y adolescentes para permitir la inclusión del síntoma de irritabilidad como un equivalente depresivo en jóvenes. En segundo lugar, en vez de mantener una adherencia estricta al criterio de pérdida de peso para niños y adolescentes, y dado que se espera que un niño o adolescente con un desarrollo normal seguirá creciendo a lo largo de la mayor parte de la adolescencia, el DSM-IV-TR especifica que un paciente pediátrico puede presentar el criterio de falta de apetito y alteración del peso por no alcanzar el peso y altura esperados normalmente. El resto de criterios operativos de la depresión son idénticos para adultos y jóvenes.

Criterios del DSM-IV (1995) para el diagnóstico de depresión. Presencia de 5 (ó más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representen un cambio con respecto a la actividad previa:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación y enlentecimiento psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los investigadores que comparan las manifestaciones sintomáticas de la depresión entre adultos y jóvenes han concluido que, para la mayor parte, los patrones sintomáticos para la depresión son muy similares a lo largo del espectro evolutivo, tanto en muestras clínicas como poblacionales.

En la evaluación diagnóstica, con niños y adolescentes debe darse mayor importancia a la información procedente de fuentes colaterales, es decir, entrevistas con los padres, charlas con los tutores y profesores de la escuela, informes o registros del médico de asistencia primaria del chico y entrevistas con otros miembros de la familia o adultos cercanos que estén bien informados acerca de la vida y hábitos del niño o adolescente (Shaffer y Waslick, 2003).

En el caso de la depresión para O'Connor (1997) la propuesta fenomenológica fue dirigida a un diagnóstico terriblemente descabellado, tanto énfasis artificial y sin importantes distinciones, minimizando comúnmente y contribuyendo a la tribalización de la investigación, actualmente el DSM-IV reconoce distintos diagnósticos relacionados con la depresión que fueron descritos entre sí reportando datos epidemiológicos. La advertencia es que los requerimientos formales para un diagnóstico son más bien arbitrarios y la distinción entre el diagnóstico puede ser más aparente que real.

## 1.5 Tratamiento

La depresión de inicio temprano, o la depresión que se inicia antes de los 18 años de edad, es un trastorno frecuente, recurrente, incapacitante y con importantes consecuencias a largo plazo en la edad adulta. Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente el 2% de los niños en edad prepuberal sufren un trastorno mayor del estado de ánimo, con una prevalencia que llega hasta el 5-8% en los adolescentes. La depresión de inicio temprano suele ser una enfermedad crónica y recurrente. En las muestras clínicas, los episodios duran de 6 a 8 meses, y la tasa de recaída tras la mejoría sintomática es de alrededor del 40% (Weissman, 2002).

La incapacidad secundaria al episodio depresivo se ha descrito como una “cicatriz” del episodio, que a largo plazo conlleva un incremento del riesgo de rendimiento deficiente en el trabajo o en la escuela, deterioro de las relaciones interpersonales, trastorno de la personalidad, problemas legales, abuso de sustancias, intentos de suicidio y suicidio consumado.

La depresión de inicio temprano tiene consecuencias a largo plazo que interfieren con la trayectoria óptima del desarrollo hacia la edad adulta (Weissman, 2002).

Los ensayos clínicos sobre la depresión de inicio temprano pueden clasificarse en tres tipos; ensayos realizados con voluntarios sintomáticos, ensayos sobre psicoterapia realizada con sujetos en poblaciones clínicas y ensayos psicofarmacológicos realizados también con sujetos de poblaciones clínicas.

Los estudios con voluntarios sintomáticos han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC), que habitualmente se lleva a cabo en grupo, es superior a la condición de control mediante lista de espera (Weissman, 2002).

Los estudios sobre psicoterapia en poblaciones clínicas son relativamente escasos. La comparación de 6-9 sesiones de TCC frente a la terapia de apoyo para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes no demostró diferencias significativas entre los tratamientos; ambos grupos presentaron una tasa relativamente elevada de recaída. Harrington (en Weissman, 2002), observó que la intervención familiar breve no era mejor que el tratamiento habitual para los adolescentes deprimidos y con ideación autolítica. Aunque Wood (en Weissman, 2002), observó que 5 y 8 sesiones de TCC se conseguían mejores resultados que el entrenamiento en relajación en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, a los 6 meses de seguimiento, el grupo con TCC había recaído y el grupo con entrenamiento en relajación continuo recuperándose; por consiguiente, ambos llegaron a converger al cabo del tiempo.

Solamente existe un estudio de adolescentes de poblaciones clínicas que haya utilizado el tratamiento en grupo. Al comparar dos tipos de terapia de grupo (terapia de apoyo en grupo y aprendizaje de habilidades sociales), se observó que la terapia de apoyo en grupo lograba mejores resultados que el aprendizaje de habilidades en el tratamiento de la depresión en adolescentes.

Los ensayos clínicos sobre el tratamiento psicofarmacológico de la depresión en niños y adolescentes se centraban básicamente en la administración de antidepresivos tricíclicos (Weissman, 2002).

La mayoría de las personas se recuperan de los episodios de depresión y manía y muchos muestran una remisión espontánea, lo que supone mejora incluso sin tratamiento. Los jóvenes que desarrollan un trastorno afectivo son especialmente propensos a tener dificultades recurrentes (Kimmer y Weiner, 1998).

En cuanto al tratamiento farmacológico, se resumen las normas básicas que han de tenerse en cuenta en niños y adolescentes (Chinchilla, 1999).

1. Evitar la polifarmacia

2. Individualizar las dosis según el peso y los síntomas
3. Conocer la historia previa de la patología presente
4. Realizar un ECG antes de administrar antidepresivos o sales de litio
5. Vigilar la evolución del peso y de la talla

Los fármacos mejor estudiados son los tricíclicos, especialmente imipramina, desipramina, amitriptilina y nortriptilina (Chinchilla, 1999).

La imipramina es uno de los fármacos más utilizados en la infancia y la adolescencia.

Efectos secundarios de los tricíclicos en los niños y adolescentes:

- Somnolencia
- Efectos anticolinérgicos (vigilar sequedad de boca, dentición)
- Irritabilidad, confusión, olvidos
- Anorexia, pérdida de peso
- Alteraciones en la conducción cardíaca

Se han utilizado fluoxetina, flovoxamina, sertralina y paroxetina, habitualmente con la mitad de la dosis empleada en los adultos. Son fármacos bastante bien tolerados por los niños y adolescentes, aunque suele aparecer agitación, insomnio y desinhibición social.

Los IMAO están indicados en las depresiones atípicas de los adolescentes que no hayan respondido a los antidepresivos tricíclicos.

No hay que olvidar que el tratamiento psicológico es de suma importancia en este grupo de pacientes (Chinchilla, 1999).

Siguiendo con lo anterior, para Alfonso Simón (1996), por lo que al tratamiento se refiere debemos combinar la modificación ambiental con el tratamiento farmacológico. Para obtener una modificación ambiental que favorezca el incremento de la autoestima y las vivencias de seguridad, en el terreno afectivo es imprescindible la colaboración de los padres. Es importante no culpabilizarlos si queremos obtener una buena colaboración.

El tratamiento de la depresión según Bemporad (en Arieti y Bemporad, 1997,) debe considerar los síntomas psicopatológicos en el marco del proceso de desarrollo. Las manifestaciones clínicas, las causas y las opciones terapéuticas varían considerablemente con la edad; de ahí que la flexibilidad es un requisito importante tanto para enfocar el desorden como para imprimir a la terapia el curso adecuado.

El objetivo terapéutico es eliminar o disminuir la fuente de frustración por una parte y por la otra constituir o realizar las áreas de gratificación y estima.

El tratamiento de adolescentes depresivos debe tener en cuenta la evolución del desarrollo. La adolescencia es la época en que el individuo se pone a prueba en el contexto social. Por lo común este proceso comienza hacia la final de la niñez, con la participación en actividades con niños de la misma edad, pero en realidad culmina en la adolescencia (Arieti y Bemporad, 1997).

## **1.6 Depresión en Adolescentes**

Hasta finales de 1960 estaba muy extendida la creencia de que la patología de la depresión no se daba entre los niños. Por esa época, el psiquiatra inglés Michael Rutter (en Perinat, Iñigo y cols., 2003) efectúa una investigación en la isla Wight, en la que detecta un 1% de sintomatología depresiva en niños de 10 años de edad y un síndrome depresivo clínico en 0,1%. Cinco años después, el mismo equipo investigador concluía que tanto la sintomatología depresiva como el síndrome clínico eran mucho más frecuentes en la adolescencia que antes del advenimiento de la pubertad (especialmente en las chicas).

El trabajo de Fleming y otros es una recopilación de 14 investigaciones en las que se cumplen los mínimos requisitos metodológicos. Señalan que la prevalencia de la depresión en población infantil oscila entre el 0,4% y el 2,0% antes de la pubertad y que este porcentaje se duplica o se cuadruplica al llegar a la adolescencia. En un trabajo más reciente, Goodyar estima que la prevalencia de la depresión clínica en la niñez y adolescencia oscila entre el 1,8% y el 8,9%. Finalmente, un estudio longitudinal realizado en Reus entre 1987 y 1991 sobre una muestra inicial de 534 adolescente (nacidos en el primer semestre de 1976) dió, para la prevalencia de la depresión, la cifra de 1,7% a los 12 años y del 1,6% a los trece años. La detección de síntomas depresivos, en el mismo intervalo de 12 a 13 años, fue de 31% en las chicas y de 26,9% en chicos.

En este último estudio aparece que en las chicas son más frecuentes los casos de depresión; hay además una irrupción de casos nuevos a la edad de trece años. Aunque parece comprobado que las chicas son particularmente vulnerables a la depresión en el periodo puberal, los datos obtenidos en este estudio rebaten la frecuente suposición de que son los cambios biológicos (femeninos) la causa primordial de la diferencia que se observa aquí entre ambos sexos.

Sean cuales fueren las causas, es hoy día un lugar común en psicopatología depresiva de los adolescentes constatar que existe una considerable diferencia entre los dos sexos al respecto.

La depresión puede estar asociada con otros trastornos de conducta como intentos de suicidio, conductas antisociales y criminales en la edad adulta y dificultades de adaptación familiar (Perinat, Iñigo y cols., 2003).

La depresión es un afecto más intenso que la tristeza; en principio se experimenta como un sentimiento displacentero que no se puede aliviar, ignorándolo y que puede obstaculizar el funcionamiento normal del adolescente.

A veces la depresión puede ser parte de un esfuerzo para enfrentar un trauma que se vive como una “catástrofe narcisista” de la cuál el adolescente no se puede recuperar, puesto que sus funciones sintético- integrativas han sido vulneradas al grado que se imposibilita el acceso a su mundo interno a un estado disociado en el yo. Las sensaciones atemorizantes de vacío y desintegración son enfrentadas mediante autoreproches y anhelos nostálgicos típicos del cuadro depresivo. Aquí la depresión permite utilizar la herida traumática y la vulnerabilidad resultante como ganancia secundaria y trata, por otra parte, de contener el impacto insoportable para el yo de un hecho traumático; también las pérdidas pueden desencadenar neurosis depresivas.

Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, éstos manifiestan otros problemas. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos (Wicks y Nelson, 1997).

Para Alfonso Simeón (1996), una característica propia de la depresión en niños y adolescentes es que la *irritabilidad* es más frecuente que el humor deprimido.

El término “depresión neurótica” fue descrito por Gillespie (en González, 2001), quien señaló que es una reacción ante las circunstancias adversas. Hay ocasiones en que los sentimientos depresivos son apropiados y están en proporción adecuada con la situación que produce la reacción, como cuando ocurre una pena o duelo normal; estos casos se caracterizan por ser de corta duración y no estar acompañados de pérdida de autoestima. Dichas reacciones de duelo ocasionadas por la pérdida de un ser o un objeto amado se superan tras una labor penosa y larga, en la que los recuerdos aislados que representan el vínculo con el objeto perdido se van disolviendo poco a poco y de manera separada entre si.

Es importante mencionar que en el DSM-IV (APA, 1995) a este tipo de depresión neurótica se le denomina trastorno distímico y se diferencia de la depresión mayor, la cuál constituye un trastorno de tipo psicótico, porque en la primera los síntomas depresivos son menos graves aunque más crónicos; en la distimia nunca se presentan delirios ni alucinaciones y los intentos de suicidio son muy poco frecuentes, y el deterioro social y académico suele ser leve o moderado.

Los adolescentes deprimidos también llegan a presentar retardo motor y lentitud en los procesos de pensamiento, o bien agitación e inquietud; llanto frecuente, sensación de vacío, aflicción y desesperanza, y preocupación excesiva junto con remordimiento por errores pasados (reales o imaginarios) asimismo, expresan sentimientos de culpa, vergüenza y reproche (González, 2001).

La adolescencia, por si misma, es una de las más profundas experiencias en la existencia humana, según Blos, (en González, 2001). Así, los síntomas depresivos del joven pueden obedecer al miedo a enfrentarse al rol adulto, a la no consecución de ideales irrealizables o a los conflictos derivados del sentimiento de culpa. De ahí que sean normales algunas bajas en el rendimiento escolar, estallidos de llanto ocasionales seguidos de una recuperación pronta, quizá se le vea feliz o busque estar solo y se aíse y cree su propio mundo, un mundo de fantasía.

Lo que ya no resulta parte normal del desarrollo adolescente inestable normal es la presencia de varias de las siguientes características (González, 2001) a saber:

1. Apatía e indiferencia notables.
2. Cambios constantes en el estado de ánimo.
3. Un aumento de ira en contra de los padres y las figuras de autoridad.
4. Constantes *actings* de salir de casa y regresar, mostrando la ambivalencia existente.

5. Sentimiento de incapacidad para lograr sus propios ideales, ambiciones y fortalecer su autoestima (debido a que la depresión en los adolescentes envuelve una actitud superyoica).
6. El adolescente se rebela del ambiente, del súper yo y de las demandas instintivas, dejando al Yo empobrecido y predominando el sentimiento de culpa como afecto característico.
7. Se reviven las tempranas relaciones competitivas, dando lugar a desacuerdos que contribuyen o dan lugar a un sentimiento de inadecuación.
8. Dentro de la adolescencia es normal que el *acting out* (actuación inconsciente del impulso) se dé como un esfuerzo para consolidar la identidad, para obtener seguridad de otros. En los adolescentes deprimidos, el *acting out* se da en contra de los sentimientos de incapacidad y desesperación.
9. Surgen ideas y, en ocasiones, intentos suicidas.
10. Hay una búsqueda constante e insaciable de afecto, lo cuál conduce a constantes desilusiones.
11. No desarrolla nuevas relaciones interpersonales. Constantemente hay fantasías en relación con lo que desea en el futuro. Tiende a idealizar a otros; lo cuál puede durar hasta la edad adulta, bajo la forma de personas, héroes e incluso instituciones.
12. Se da una confusión de identidad por causa de la necesidad de intimidad física, escoger una vocación, esfuerzo de competencia o definirse psicosocialmente.
13. Sienten que lo que hacen no vale, se autocondenan. Hay una distorsión en la cognición.
14. Las manifestaciones clínicas son: indecisión, sentimientos de extrañeza, pérdida de la continuidad interna, inhabilidad para trabajar y concentrarse, problemas con los objetos pasados (González, 2001).

Los adolescentes deprimidos generalmente provienen de familias con rasgos depresivos, es decir, hay elementos determinantes de naturaleza transgeneracional, Mourent Simeón (en 2001 González). Además, en muchas ocasiones uno de los progenitores ha muerto o esta separado de su pareja. Los padres suelen depositar en ellos expectativas muy elevadas, de tal manera que los jóvenes sienten que el éxito esta ligado al cariño; sin embargo, las metas se hacen inalcanzables y el dolor narcisista se torna insoportable.

Otros elementos determinantes en la epigénesis del joven deprimido suelen ser las vivencias de los primeros años de vida, tales como carencias afectivas, frustración de las necesidades instintivas, rechazos de los padres, pérdida real o fantaseada de alguno de ellos, depresión de la madre, miedo a perder la unión (simbiosis) con los padres y, por ende, la fantasía de la propia omnipotencia y la de los padres (González, 2001).

La adolescencia es la etapa de la vida en que el individuo deja de ser niño para ser adulto, sus esfuerzos por alcanzar la madurez y lograr su independencia puede originarle un periodo de turbulencia (Calderón, 2001).

La conducta rara y exasperante del adolescente emana de sus inexpertos esfuerzos por enfrentarse a situaciones difíciles cuando aún le falta madurez emocional. El adolescente “normal” suele padecer alteraciones emocionales y ligeros cambios de la personalidad, a menos que, por represión, no haya podido resolver los problemas propios de esta etapa. Cuando esta situación se presenta puede provocar trastornos de la personalidad durante la edad adulta.

La pérdida de objeto en la adolescencia coincide con la pérdida de la protección familiar. El abandonar la imagen de sus progenitores como seres poderosos, supremos e infalibles le origina depresión, que generalmente se manifiesta como una reacción de rebeldía y desafío. Por fortuna, estos trastornos son transitorios, pues al llegar a la edad adulta el individuo vuelve a establecer relaciones cordiales con las personas que lo rodean, pudiéndose afirmar que la adolescencia es una enfermedad que afortunadamente desaparece con los años (Calderón, 2001).

No obstante, hay factores que influyen en el desarrollo normal del adolescente, originándoles severas depresiones que podrían llevarlo hasta el suicidio. Estos factores son: su ambivalencia en relación con el logro de su independencia, el inicio de su actividad sexual y las presiones de sus compañeros (Calderón, 2001).

La práctica clínica confirma que a diferencia de lo que ocurre con los niños, la depresión es frecuente entre los adolescentes y presenta como uno de sus rasgos más destacados la falta de individuación. Estos jóvenes permanecen sujetos a la familia por lazos generados por sus sentimientos de culpa y obligación, y son capaces de participar plenamente en actividades ajenas al círculo familiar. Aunque exhiban un funcionamiento satisfactorio en el campo de los estudios y las relaciones sociales, se esfuerzan por triunfar para complacer a la familia y no guiados por sus propias motivaciones.

En otros casos el adolescente se rebela contra los mandatos parentales, a menudo lastimándose él mismo al hacerlo. Desea que el padre se sienta culpable por el mal que le causo y por lo tanto trata de dañarlo dañándose el mismo.

Otra situación que suele presentarse es la del adolescente que reemplaza al padre por otra persona que desempeñe el papel del otro, con quien establece una nueva relación de compromiso fuera del círculo familiar.

Por último, otros adolescentes vivieron una infancia muy sobreprotectora que impidió el desarrollo de capacidades autónomas en todas las áreas (Arieti y Bemporad, 1997).

Los trastornos afectivos son aquellos en los cuales los síntomas predominantes son la alteración del estado de ánimo, el más común, la depresión, caracterizada por sentimientos de tristeza y desesperanza; existen varios tipos de depresiones, como la depresión severa, moderada o leve y se clasifica en depresión endógena, reactiva, involutiva y neurótica; para esto debemos conocer las causas que están generando estos síntomas depresivos, estas pueden ser genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales. En el diagnóstico de la depresión debe considerarse la intensidad, cronicidad y duración de los síntomas para ver que tipo de tratamiento en adolescentes es el adecuado. En el siguiente capítulo se aborda la definición de adolescencia, características y fases de la adolescencia, así como todo lo que implica esta difícil etapa.

## CAPITULO 2

### ADOLESCENCIA

#### 2.1 Definición

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Se considera un estadio trascendente en la vida de todo ser humano, ya que es una etapa en la cuál hombres y mujeres definen su identidad afectiva, psicológica y social. La palabra adolescente está tomada del latín *adulescens*, participio presente del verbo *adoleceré*, que significa *crecer*. Puede considerarse dentro del periodo de evolución que lleva al ser humano desde el nacimiento hasta la madurez y en el cuál se presenta una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona.

El conocimiento de la adolescencia surge como consecuencia a una seria preocupación por el estudio del ser humano y su evolución. A partir del inicio del siglo XX, el problema de la adolescencia resulta una de las preocupaciones sociales y políticas. En el ámbito social, la cultura esta cada vez más dominada por la participación activa de las generaciones jóvenes en esferas que anteriormente sólo correspondían a los adultos, lo que representa una participación preponderante del adolescente en la vida social. Compayne, utiliza el término efebología para el estudio del adolescente varón y el de hebelogía para el estudio de la adolescente mujer, inspirándose en figuras de la mitología griega que simbolizan esta etapa (González, 2001).

Para Hurlock, (en Ituarte, 2000) “la adolescencia es mucho más que un peldaño en la escala que sucede a la infancia. Es un periodo de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo”.

La adolescencia se inicia cuando la persona empieza a notar los cambios físicos y psíquicos que van a conducirla a la madurez sexual y termina cuando, al haber madurado en todos los aspectos, puede realizar con independencia su propio proyecto de vida (Ituarte, 2000).

Tanto Freud como su hija Anna (en Gross, 1998), consideraban la adolescencia como una etapa en la que se trastorna el equilibrio dentro de la personalidad del niño. Durante el periodo de latencia, el ello, el yo y el super yo se encuentran en una armonía relativa, pero las nuevas incitaciones del ello durante la etapa genital (que comienza con la pubertad) son muy poderosas y el super yo está “en plena revolución”, es decir, hay un intento de independencia (en donde la identificación con el padre del mismo sexo se encuentra debilitada) pero al mismo tiempo hay una renovada dependencia hacia el padre del sexo opuesto.

De manera más reciente, Blos (en Gross, 1998) describe la adolescencia como un “segundo proceso de individuación”, es decir, el proceso de volverse una persona separada (el primer proceso de individuación sucede al final del tercer año de vida del niño). El adolescente se desprende, es decir, renuncia a depender de la familia y afloja los lazos de la temprana infancia que, hasta la pubertad, fueron la fuente principal de sustento emocional.

Para Stanley Hall (en Gross, 1998), considera a la adolescencia como un tiempo de tormenta y tensión que refleja la explosiva historia de la humanidad durante los últimos 2000 años. Aunque la teoría es solo de interés histórico, se ha vuelto parte de la cultura popular, al igual que una contribución para la teoría “clásica” de la adolescencia, las cuales retratan a esta etapa como una “edad problemática”.

La habitual asociación de la lengua española con la palabra adolecer (tener o estar sujeto a afectos, pasiones, vicios o malas cualidades, causar dolencia o enfermedad) es la que más estragos ha causado en la caracterización peyorativa de la etapa. La adolescencia en sus aspectos psicológicos se da solo en algunas culturas y sus manifestaciones varían según las características de éstas (Grau y Meneghello, 2000).

La adolescencia es, ante todo, un período de *crecimiento especial* que hace posible el paso de la infancia a la edad adulta (adolescente es “el que está creciendo”, en contraposición al adulto, que es “el que ha crecido”).

Se crece tanto en cantidad como en calidad. No se da solamente un aumento muy significativo en talla y peso, en capacidades mentales y fuerza física, si no también un *cambio en la forma de ser*, una evolución de la personalidad (Castillo, 2002).

La adolescencia es conocida como una transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognitivos y psicosociales interrelacionados (Papalia, 2001).

Erikson (en Papalia, 2001) afirma que la principal tarea de la adolescencia es enfrentar la crisis de identidad frente a confusión de identidad (o confusión de papel) para convertirse en un adulto único que da un sentido coherente del yo y desempeña un papel importante en la sociedad.

Es improbable que la crisis de identidad sea resuelta por completo en la adolescencia puesto que los aspectos relativos a la identidad surgen de nuevo en la edad adulta.

Según Erikson, los adolescentes forma su identidad no sólo tomando como modelo a otras personas, como lo hacen los niños más jóvenes, sino también modificando y sintetizando identificaciones anteriores en “una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes”. Para formar la identidad, los adolescentes deben determinar y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos para expresarlos luego en un contexto social (Papalia, 2001).

## **2.2 Características de la Adolescencia**

Para enfatizar algunas características del adolescente, es importante tomar en cuenta su falta de estabilidad en las manifestaciones de su conducta social (González, 2001).

Cada adolescente es multifacético, posee una especie de polaridad dentro de su personalidad y cada una de sus manifestaciones conductuales se esfuerza por dominar a las demás y constituir aspectos definitivos para la personalidad adolescente. El problema se incrementa cuando se trata de fijar normas y principios tipológicos que sirvan para caracterizar y generalizar los conocimientos de esta etapa (González, 2001).

La diferenciación sexual constituye un factor decisivo que impide esta generalización, así como diversas formas de conducta, caracteres orgánicos (de crecimiento), medio económico estilo de vida, ambiente familiar, tipo de localidad en la que se reside, clase social, variaciones propias de la herencia, características raciales, clima, aspectos socioculturales, entre otros.

Todos estos elementos se conjugan para dar lugar a un individuo adulto único y diferenciado, pero acorde a las características comunes de la especie, en un proceso en el cuál la ontogenia y la filogenia coinciden (González, 2001).

La pubertad es el periodo de la vida humana durante el cuál maduran los órganos sexuales implicados en reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos, así mismo, durante la pubertad aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de pelo en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona púbica, en las axilas y en la cara; además, por lo general, la voz cambia y comienza a tener un tono más grave. En las mujeres, también aparece pelo en la región púbica y en las axilas, y los senos empiezan a crecer. El desarrollo acelerado de las glándulas sudoríparas en ambos sexos puede provocar la aparición de acné (González, 2001).

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y los 16 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 14 años de edad. Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz. La primera se caracteriza por una ausencia o cese del flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en hombres y mujeres, de las características fisiológicas típicas de la pubertad; está causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas (Arnett, J, 2007).

Según Schoenfeld (en González, Romero y De Tavira, 2000) presenta la secuencia normal de maduración de la siguiente manera:

### **1. Secuencia normal de maduración en los varones:**

- a) De la niñez a la preadolescencia: los testículos crecen y el pené no ha crecido desde la infancia, no hay vello púbico, el aumento de estatura es constante, no hay “estirones”.
- b) Primera fase de la adolescencia (12 a 13 años, con una variación de los 10 a los 15 años): Comienza a aumentar el tamaño de los testículos, crece el escroto, cuya piel enrojece y se vuelve más áspera, crece el pené en longitud y circunferencia, no hay verdadero vello púbico.
- c) Fase media de la adolescencia (13 a 16 años, con una variación de los 11 a los 18 años): Vello púbico pigmentado, áspero y recto; en la base del pené gradualmente más rizado y abundante, forma al principio un triángulo invertido y, posteriormente se extiende hasta el ombligo; el vello axilar aparece después del púbico, el pené y los testículos siguen creciendo, el escroto aumenta de tamaño, se hace pigmentado y rugoso; aceleración del aumento de estatura, con un máximo incremento en la época en que aparece el vello púbico; la aceleración disminuye cuando el vello púbico ya ha crecido; maduración de la próstata y las vesículas seminales; eyaculaciones espontáneas o inducidas, aunque los

espermatozoides son insuficientes en número y tienen inadecuada movilidad (esterilidad adolescente); la voz comienza a cambiar a medida que la laringe se dilata.

- d) Última fase de la adolescencia (16 a 18 años, con una variación de los 14 a los 20 años): Aparece y se difunde el vello facial y corporal, el vello púbico y axilar se hace más denso, la voz se vuelve más profunda, la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides, aptos para la fertilización, disminuye el ritmo del aumento de estatura, se llega al 98% de la estatura madura a los 17 años 10 meses; entradas en la línea frontal del cabello.
- e) De la postadolescencia a la edad adulta (18 a 20 años, con una variación de los 16 a los 21 años): Maduración, pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, pueden continuar desarrollándose los músculos.

## **2. Secuencia normal de la maduración en las mujeres:**

- a) De la niñez a la preadolescencia: No hay vello púbico, pecho plano, aumento de estatura constante, no hay “estirones”.
- b) Primera fase de la adolescencia (10 a 11 años, con una variación de los 9 a los 14 años): Desarrollo de la cadera, los huesos de la pelvis cambian de una forma estrecha de embudo a una salida amplia en forma ovoide (González, 2000); pechos y pezones elevados en la fase de la “yema”, no hay verdadero vello púbico.
- c) Fase media de la adolescencia (11 a 14 años, con una variación de los 10 a los 16 años): Vello púbico pigmentado, áspero y recto, sobre todo en torno de los labios; gradualmente se hace rizado y se extiende sobre el monte de venus, se vuelve abundante y toma la forma de un triángulo invertido; vello axilar, que aparece después del púbico; marcado “estirón” en el crecimiento, con un máximo incremento en altura, unos 18 meses antes de

la menarca; los labios se agrandan, la secreción vaginal se vuelve ácida; los pechos, la aureola y el pezón se elevan formando un “pecho primario”; aparece la menarca que es el primer periodo menstrual, el cual, indica la madurez sexual de la mujer.

- d) Última fase de la adolescencia (14 a 16 años, con una variación de los 13 a los 18 años): Vello axilar en moderada cantidad, vello púbico plenamente desarrollado, pechos llenos y con forma adulta, menstruación bien establecida, disminuye el ritmo de aumento de estatura que cesa a los 16 años 3 meses.
- e) De la postadolescencia a la edad adulta (16 a 18 años, con una variación de los 15 a los 19 años): Continúa creciendo el vello axilar, pechos plenamente desarrollados.

La inteligencia aumenta progresivamente, desde el nacimiento hasta los 14 ó 15 años. En todo este recorrido, a medida que su nivel cognitivo va en ascenso, el individuo alcanza una mayor adaptación a la realidad y una mejor comprensión de la misma. Incrementa también su grado de independencia individual y así mismo aumenta paralelamente su capacidad de relacionarse y cooperar con los demás.

Existe un amplio acuerdo entre los especialistas en considerar que la capacidad intelectual, en términos globales, a partir de una edad que hay que situar entre los 15 y los 16 años se incrementa en un mínimo grado. Cabe, por consiguiente, situar en este nivel cronológico el fin del desarrollo intelectual (Tellez, 2000).

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, si no que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva.

Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos esta en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida (Encarta, 2007).

Durante la adolescencia el individuo pasa por distintas fases, según Gesell, (en González, 2001) que reúnen las siguientes características:

- ✓ El adolescente de 16 años tiene confianza en si mismo y autonomía, se ha vuelto más tolerante, muestra una felicidad permanente e interés por la gente, con respuestas positivas y sociales. Los varones cultivan relaciones con chicos de su mismo sexo, principalmente por intereses comunes de naturaleza deportiva o intelectual. Varones y mujeres prefieren estar en compañía de amigos de ambos sexos, sin embargo, la relación con sus familias ha mejorado considerablemente, en esta edad existe mayor orientación al futuro que en etapas anteriores.
- ✓ El interés del adolescente de 17 años es formar parte de grupos en los que la presencia de líderes se hace evidente, así como de personajes altamente idealizados, como héroes cinematográficos, artísticos o deportivos. Ambos sexos se encuentran en pleno establecimiento de vínculos afectivos que, tienden a ser de corta duración, tienen carácter más significativo que en la edad anterior. Sus relaciones familiares se encuentran en armonía, sin embargo, asuntos como la elección de vocación y los planes a futuro tienden a ser temas de discusión entre familia.
- ✓ A los 18 años, el adolescente se encuentra realizando una elección vocacional, situación que conlleva al surgimiento de la necesidad de actuar dentro de una realidad social, con la necesidad de cuestionar y refutar valores tradicionales. Existe en ambos sexos un interés más genuino por entablar relaciones interpersonales duraderas, la vida amorosa y sexual ocupa gran parte del interés emocional del joven de esta edad, no obstante, existe una franca separación de ambos aspectos.

- ✓ A partir de los 19 años, los adolescentes se encuentran en tránsito hacia la madurez, en una plena ejecución de los roles y las actividades formales que les obligan a emprender un proceso adaptativo. Suelen estar cerca de la separación de los padres, y en algunos casos ya la han consumado.
  
- ✓ La adolescencia termina aproximadamente los 25 años, cuando se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses heterosexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de la familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica, que incluya la terminación de una carrera profesional o el establecimiento de una actividad laboral, un manejo apropiado del tiempo libre, con un ajuste emocional y social a la realidad y la formación de una filosofía de vida.

Por su parte, Aberastury y Knobel (1998) establecen que la adolescencia resulta ser un síndrome o conjunto de síntomas que actúan de manera interconectada en su desarrollo. Proponen 10 puntos importantes en el proceso de la adolescencia:

1. *La búsqueda de si mismo y de la identidad.* La identidad se caracteriza por el cambio de relación que el individuo hace en relación a sus padres como parte de una internalización e incorporación de dichas figuras a la personalidad del sujeto iniciando un proceso de individuación.
2. *La tendencia grupal.* Consiste en una búsqueda de uniformidad que brinda seguridad y estima personal como un sobreidentificación masiva en donde todos son uno mismo ya que el grupo constituye una transición necesaria hacia el mundo externo para lograr la individuación adulta.
3. *La necesidad de intelectualizar y fantasear.* Se presenta como una forma de pensamiento típica del adolescente.
4. *La crisis religiosa.* En este punto se establece que el adolescente puede tener cambios frecuentes y periodos místicos o periodos de ateísmo absoluto.

5. *Desubicación temporal.* El pensamiento del adolescente muestra que la dimensión temporal va adquiriendo lentamente características discriminatorias por lo que se describe como un factor discriminatorio de esta etapa, para poder reconocer proyectos de futuro, capacidad de espera y elaboración en el presente.
6. *La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.* En este punto se describe la actividad que va desde un acto masturbatorio como parte de exploración preparatoria a la verdadera genitalidad procreativa, pasando por el enamoramiento hasta la relación genital heterosexual.
7. *Actitud social reivindicatoria.* La formación social con miras a una constelación familiar provoca e influye gran parte de la conducta de los adolescentes, por lo que se puede decir que las actitudes de reforma social instauran el desarrollo del adolescente.
8. *Contraindicaciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.* La personalidad del adolescente se va conformando en base a las exigencias de la sociedad, dando como resultado variados mecanismos de defensa los cuales facilitan la elaboración de los duelos típicos del adolescente y caracterizan su identidad.
9. *Separación progresiva de los padres.* Una de las tareas fundamentales que tiene que realizar el adolescente es elaborar el duelo por la separación de los padres de la infancia, lo que se ve, favorecido es el desprendimiento útil que facilitara al adolescente el pasaje a la madurez, para un ejercicio de la genital en un plano maduro.
10. *Constantes fluctuaciones del humor al estado de ánimo.* Los fenómenos de depresión y duelo acompañan el proceso de la formación de identidad en la adolescencia ya que la cantidad y calidad de la elaboración de duelos de la adolescencia determinarán la mayor o menor intensidad de esta expresión y de estos sentimientos.

En cuanto al estado de ánimo que presenta el adolescente, la depresión establece que el suicidio puede ser la consecuencia final al no encontrar alternativas existenciales satisfactorias y gratificantes, como consecuencia de la incapacidad que siente de cumplir el ideal los padres internalizados y de separarse de su familia (González R., 2000).

Para Barber y Thomas, (en Rice, 2000) consideran que la mayoría de los adolescentes necesitan una gran cantidad de amor y demostración de afecto por parte de los padres.

Un componente importante del amor es la aceptación incondicional. Una forma de demostrar el amor por los hijos es conocerlos y aceptarlos tal como son, con sus errores también. Los adolescentes necesitan saber que son valorados, aceptados y que a sus padres les gusta su forma de ser. También quieren padres que sean tolerantes con la individualidad, la intimidad y las diferencias interpersonales en la familia (Rice, 2000).

Una meta de todo adolescente es ser aceptado como un adulto independiente. Esto se logra a través de un proceso denominado *separación-individuación*, durante el cuál el vínculo padres-adolescente se transforma pero perdura. El adolescente forma un concepto de individualidad y establece vínculos con los padres al mismo tiempo. Al hacer la transición de la niñez a la edad adulta, el adolescente necesita establecer un grado de *autonomía* e identidad para asumir los roles y responsabilidades de los adultos.

La autonomía tiene dos aspectos: la *autonomía conductual* implica llegar a ser lo suficientemente independiente y libre como para actuar por uno mismo sin una excesiva dependencia de la guía de otros. La *autonomía emocional* significa liberarse de los vínculos emocionales de la niñez con los padres. La investigación indica que la autonomía conductual aumenta drásticamente durante la adolescencia (Rice, 2000).

El Psicólogo Estadounidense G. Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto.

El psicólogo estadounidense de origen Alemán Erik Erikson entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continua a lo largo de toda la vida. El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes (Encarta, 2007).

Para Doménech (en Perinat, Iñigo, Colbs., 2003), con la aparición de la pubertad, además de los cambios fisiológicos, las niñas y los niños experimentan otros cambios cognitivos y sobre todo emocionales en un tiempo muy breve. Los recién entrados en la adolescencia se tornan vulnerables. Son frecuentes los estados pasajeros de ansiedad o tristeza.

Los adolescentes no controlan fácilmente sus estados emocionales. Su estado de humor es muy inconsistente: lo que un día parece no tener solución puede haberse olvidado la semana siguiente. La inseguridad de que son presa hace que sean muy susceptibles a las influencias de las personas de su entorno. Por este motivo, su comportamiento puede ser muy distinto cuando están en casa, en familia, que cuando se hallan en el colegio o cuando salen con sus amigos.

Al llegar a la adolescencia, sin embargo, con los intensos cambios corporales, afectivos, sociales, etc., aquel yo infantil que estaba más o menos estructurado deja de tener sentido, y el niño y la niña deben aventurarse a la búsqueda de un Yo adulto que pueda encajar en la nueva situación. Los jóvenes consumen gran parte de sus energías buscando una identidad “adulta”. En la adopción de determinadas indumentarias o en la adhesión a ciertas modas y formas culturales hay que ver, precisamente, los primeros tanteos encaminados a definir la propia personalidad.

El grupo se convierte ahora, para los jóvenes de ambos sexos, en un marco de referencia insustituible, un banco de pruebas en el que experimentar las primeras conductas adultas. El niño ha descubierto en el grupo de amigos a sus iguales, a quienes comparten intereses y vivencias comunes. El adolescente ve en él, además, la posibilidad de modelar su propia identidad fuera del influjo familiar (Tellez, 2000).

La adhesión del adolescente a su grupo es tan incondicional que da lugar a menudo a un fenómeno de *sobreidentificación*, en virtud del cuál todos sus miembros se identifican colectivamente con cada uno de ellos y viceversa. Esta particularidad está motivada y acentuada por la necesidad de sentar las diferencias entre el mundo juvenil y el de los adultos (Tellez, 2000).

Por su parte, Muuss (2003) plantea que el adolescente se halla en una etapa de locomoción social: se está trasladando de un grupo a otro y, mientras dure el traslado, no pertenecerá a ninguno de dichos grupos.

Un factor importante del desarrollo del adolescente es la ampliación, la diferenciación y la conceptualización de la perspectiva temporal. El niño vive casi por completo en el presente; el pasado y el futuro no se extiende para él más allá de unos pocos días o semanas y ejercen una influencia relativamente insignificante sobre su conducta.

Pero a medida que el niño crece, y especialmente durante el periodo de adolescencia, desarrolla un nuevo concepto del tiempo, y comienza a asignar importancia al pasado. Así llega a comprender los acontecimientos históricos en su sucesión cronológica (Muuss, 2003).

Una vez plenamente asumida su condición de joven adulto, los conflictos del adolescente se desplazan hacia la reivindicación de ciertos derechos personales: libertad, independencia, libre elección de amistades, de aficiones, etc. En estos momentos necesita poder experimentar sus propios deseos más allá del círculo familiar y, lo esté o no, ha de imaginarse reprimido por los padres.

En resumidas cuentas: en este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extrafamiliares, como es propio de todo adulto.

Entrada la adolescencia, la relación del joven o la joven con el círculo familiar sufre grandes transformaciones. En buena parte debido al desarrollo de la sexualidad, que despierta su interés y atracción por el sexo contrario y con ello les empuja a desprenderse de sus primeras ataduras afectivas, establecidas en su día con los progenitores. Por otro lado, a causa de la gran necesidad de independencia que en estos momentos se les plantea, y que les lleva a intentar *ser* a través de sus padres.

Ante todo, la adolescencia es un hecho social. En unos casos, la dilatada dependencia de la familia y la dificultad en encontrar trabajo la alargaran artificialmente, mientras que en otros la situación familiar, socioeconómica y personal puede acortar o prolongar el período de adaptación del joven a la vida adulta. En los pueblos primitivos, el paso de la infancia a la edad adulta se ritualizaba mediante ceremonias simbólicas de iniciación en el momento mismo de la pubertad.

En las sociedades occidentales industrializadas, la duración de los estudios universitarios o las dificultades en encontrar trabajo prolongan a menudo la dependencia del joven con respecto a sus padres hasta más allá de su mayoría de edad.

El retraso en la asunción de responsabilidades propias del adulto es la causa principal de los continuos conflictos que ensombrecen la vida familiar. Sin embargo, la angustia de los padres juega un decisivo papel en estos momentos. Son muchos los que, consciente o inconscientemente, no saben renunciar a tiempo a una actitud sobreprotectora o exageradamente permisiva. Los conflictos familiares con los adolescentes deben resolverse atendiendo a los intereses de ambas partes. Lo grave no es que tales conflictos existan, pues su ausencia sería incluso preocupante, sino la falta de una voluntad de negociación.

El deseo adolescente se estructura a imagen y semejanza del de los adultos del mismo sexo, pero debe ser reconocido y apoyado en toda su extensión por los mayores, para que el joven se libere de toda angustia o culpabilización y pueda percibirse a sí mismo como ser legítimamente deseante, reconociendo también y respetando sus mismos deseos en los demás (Tellez, 2000).

El área social del adolescente en cuanto integrante de un grupo sufre grandes cambios, igual que su cuerpo y la imagen de su cuerpo. El niño “reconocía” su cuerpo o mostraba poco interés en él, pero la madurez sexual perturba al adolescente, y las nuevas dimensiones, cualidades y funciones de su cuerpo llegan a amedrentarlo.

Así una parte muy cercana e importante de su espacio vital, su propio cuerpo, se transforma en algo extraño que le produce tensión.

Puesto que la imagen del cuerpo constituye una región fundamental del espacio vital, ese cambio provoca confusión, conflictos y falta de seguridad en la conducta.

Es poco probable que la educación logre vencer todas las dificultades relacionadas con el cambio físico, pero puede por lo menos preparar al adolescente, sea cual fuere su sexo, para esos cambios, si lo ayuda a comprender el desarrollo humano y le brinda el conocimiento de las grandes variaciones normales en el desarrollo físico (Muuss, 2003).

Por su parte, Havighurst (en Muuss, 2003) ofrece una lista circunstanciada de las tareas evolutivas propias de cada nivel de edad, para la adolescencia, a la cuál define como el lapso que media entre los 12 y los 18 años de edad, son las siguientes:

- Aceptación de la propia estructura física y el papel masculino o femenino que corresponda.
- Nuevas relaciones con coetáneos de ambos sexos.
- Independencia emocional de padres y otros adultos.
- Obtención de la seguridad de independencia económica.

Sin duda, para Arranz (2004), el cambio más llamativo asociado a la pubertad tiene que ver con la maduración física y sexual, que afectará a la forma en que los adolescentes se ven a sí mismos y a como son vistos y tratados por los demás. Por una parte, se va encontrar una influencia de los cambios hormonales sobre el estado de ánimo y el humor del adolescente, aunque esta relación no es tan evidente como sugiere el estereotipo popular y suele limitarse a la adolescencia temprana, que es cuando las fluctuaciones en los niveles hormonales parecen influir de forma más directa sobre la irritabilidad y agresión en los varones y sobre los estados depresivos en las chicas.

### **2.3 Teoría del Apego**

El **apego** se refiere a la primera relación esencial para la satisfacción de la necesidad de seguridad emocional. Las conductas de apego (como la mirada, la sonrisa, el llanto o el adherirse) son conductas preadaptadas que se despliegan con el desarrollo. Bowlby (en Heredia, 2005) habla de sistemas conductuales para referirse a la organización flexible de diversas conductas que están al servicio de funciones comunes y que pueden interactuar con otros sistemas.

En el recién nacido, el sistema conductual del apego es altamente reflejo, en el sentido de que la activación y la conclusión de las conductas habituales (succión alimenticia, llanto sueño, reposo) son desencadenadas por el ambiente y por el estado interno del organismo. Como el bebé despierta cuidados y afectos, pronto responde a los estímulos externos, de manera que atrae la atención, el contacto y la proximidad de la persona que interactúa mayormente con él, estableciendo con ella un primer vínculo de apego.

En este sentido, no se puede comprender la conducta de apego sin ubicarla con la conducta complementaria, la de cuidados y protección de un adulto que se percibe como más fuerte y más sabio (Heredia, 2005).

Por lo general, la madre es la primera fuente de afecto y de consuelo; el padre ayuda al niño a distanciarse paulatinamente de esta figura para que no establezca una dependencia excesiva de ella (Heredia, 2005).

Los niños, desde que nacen, buscan la proximidad con la madre principalmente o con quien da los cuidados, con el fin de obtener un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad. A los comportamientos de búsqueda de la proximidad con otro individuo al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo, se les denomina **conducta de apego**. La mirada, las sonrisas, las vocalizaciones y las conductas reflejas son ejemplos de estas conductas en los primeros meses. Y los saludos y la interacción a distancia se observan entre los 10 y los 18 meses. Entonces, una palabra tranquilizadora o mostrar un juguete es suficiente para restablecer en el niño sentimientos de seguridad (Heredia, 2005).

La teoría del apego reivindica la necesidad original de proximidad y contacto afectivo con figuras significativas durante la infancia y destaca su influencia sobre el desarrollo de la personalidad.

Los descubrimientos realizados por John Bowlby y Mary Ainsworth (en Heredia, 2005), concluyen, que un componente básico de la naturaleza humana heredado de nuestro pasado evolutivo consiste en el establecimiento de lazos emocionales íntimos con adultos significativos (principalmente los padres), al cuál se denomina apego o vínculo de apego, cuyo propósito es promover el sentimiento de seguridad en el niño. Uno de sus rasgos distintivos es el cambio cualitativo y en constante expansión durante la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez.

Poco a poco, en la medida en que el niño alcance los logros que son prerequisites para nuevos aprendizajes, podrá acceder a otras formas de vinculación afectiva propias de la adolescencia y la vida adulta (Heredia, 2005).

La teoría del apego ha abordado cuestiones tan fundamentales como la importancia de las experiencias tempranas para el funcionamiento social posterior, los orígenes de la continuidad y del cambio en la personalidad o cómo las conductas de crianza que utilizan los padres configuran la propia capacidad de los hijos para ejercer la paternidad cuando adultos.

La teoría del apego la constituye el trabajo conjunto de Jhon Bowlby y Mary Ainsworth y, como señalaron los propios autores, es un enfoque etológico del desarrollo de la personalidad.

Para, Bowlby (en Canton y Cortes, 2000) adquirió la firme convicción de que las relaciones familiares tempranas influyen fuertemente en el desarrollo de la personalidad. Concluyó que el desarrollo normal requiere que el niño experimente una relación afectiva, íntima y continúa con su madre (o figura sustituta permanente), en la que ambos se encuentran satisfechos y disfruten. Concebía la conducta de apego como un componente esencial del equipo conductual humano que cumple una función biológica protectora todo el ciclo vital.

Por su parte, Ainsworth (en Canton y Cortes, 2000) contribuyó de manera decisiva el concepto de la figura de apego como base *segura* a partir de la cuál el niño puede explorar su mundo. El supuesto básico de esta teoría defendía la necesidad de los niños pequeños de desarrollar una dependencia segura con sus padres antes de introducirse en situaciones no familiares.

Por otro lado, Main y Colbs. (en Canton y Cortes, 2000) se centraron en el supuesto de que los estados mentales de los adolescentes y adultos sobre el apego (representaciones presentes de sus relaciones con los padres durante la infancia) afectan a sus conductas de crianza, que a su vez, influyen en los patrones de apego de los hijos.

En nuestra cultura la madre suele ser la figura principal de apego, mientras que el padre se convierte en el cuidador preferido para jugar. Ambos roles son conceptuales distintos, ya que el niño busca a la figura de apego en situaciones estresantes mientras que en condiciones normales puede preferir al compañero de juego.

El origen del patrón de apego al padre se puede basar en otras formas de interacción distintas a las del apego a la madre debido a las diferencias conductuales entre ambos progenitores. En primer lugar, el padre no solo pasa mucho menos tiempo con sus hijos durante los dos primeros años, sino que además se produce una menor interacción uno a uno, es menos accesible y se responsabiliza también menos del cuidado del niño. En segundo lugar, aunque los padres están igual de capacitados que las madres para cuidar a sus hijos, e incluso cuando están muy implicados en su crianza, continúan existiendo diferencias entre la conducta del padre y de la madre. El padre es menos probable que tienda o realice demostraciones de afecto, sonría y vocalice al niño, con independencia de que se involucre o no en su crianza. Debido a estas diferencias conductuales, los niños pequeños muestran una clara preferencia por la madre, incluso aunque el padre se implique en su cuidado.

El apego padre-hijo depende, en cierta medida, de la calidad del apego madre-hijo. El padre configura el apego padre-niño, pero en menor medida que la madre.

El apego inseguro puede llevar al desarrollo de problemas internos de distintas formas. La organización insegura puede estar reflejando la creencia de que no es incapaz de conseguir que los demás satisfagan sus necesidades de apego o de que no lo merece.

Estas expectativas parecen similares al sentimiento de baja autoestima y a los estilos explicativos negativos que suelen acompañar a la depresión. Esta autoevaluación negativa de la capacidad para conseguir la satisfacción de las necesidades de apego puede mediatizar la relación entre inseguridad y ansiedad o depresión.

Un tipo concreto de inseguridad, la preocupación por las experiencias y conductas de apego, podría aumentar la probabilidad de la sintomatología interna, ya que la expresión de estos síntomas puede servir por sí misma de conducta de apego (una llamada de ayuda). La indisponibilidad psicológica de las figuras de apego (pérdida, enfermedad) llevaría al desarrollo de un apego inseguro que, a su vez, perpetuará unos modelos negativos sobre el yo y los demás.

Estos modelos se corresponden con unos negativos de cognición (atribuciones causales negativas, desvalorización, autoreproches, culpabilidad). Un individuo que representa a sus padres como rechazantes o incapaces de amar es probable que haya desarrollado un modelo complementario del yo en el que se perciba como carente de valor para los demás e incapaz de obtener amor. (Canton y Cortes, 2000).

Para concluir, la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, está se inicia cuando el adolescente empieza a notar cambios físicos y psíquicos, existen un conjunto de síntomas por los cuales atraviesan los adolescentes en su desarrollo y que es típico en esta difícil etapa. En el siguiente capítulo se hablara de la figura paterna, a partir de la evolución que está ha tenido dentro de la familia, función del padre; así como la ausencia de éste, sus causas y como afecta a los adolescentes esta ausencia.

## CAPITULO 3

### FIGURA PATERNA

#### 3.1 Antecedentes Teóricos

Tocar el tema referente a la figura paterna obliga mencionar a la familia, por lo que se mencionará brevemente la evolución que ésta ha tenido en función de la imagen paterna; las formas de la familia se amoldan a las condiciones de vida que privan en un lugar y tiempo dado, de lo que deduce que la función e imagen del padre también cambia y evoluciona junto con la familia.

La familia es la unión estable del padre, la madre y los hijos. Esta unión se inicia con el matrimonio y debería perdurar hasta la madurez física, intelectual, emocional y social de los hijos. Sin embargo, la familia es una institución que evoluciona y es flexible, dando lugar a diferentes tipos de familia según la época histórica y cultural a la que se refiere.

La familia se constituyo después de la evolución primitiva y de la civilización primaria. Podemos observar como Morgan (González, Cortes y Padilla, 1996), ubica la diferenciación de la familia de acuerdo a tres etapas de la evolución humana:

**Salvajismo.** Periodo en el que predominó la apropiación de productos naturales enteramente formados. En esta etapa, las producciones artificiales del hombre están destinadas, sobre todo, a facilitar esa apropiación.

**Barbarie.** Periodo de la ganadería y de la agricultura de la adquisición de métodos de creación más activa de productos naturales, por medio del trabajo humano.

**Civilización.** Periodo en que el hombre aprende a elaborar productos artificiales valiéndose de productos de la naturaleza, como primeras materias, por medio de la industria propiamente dicha y del arte.

“En las civilizaciones primitivas y las primarias, la familia aparece en la tercera etapa de la evolución humana” (Rice, 2000).

A lo largo de la mayor parte de nuestra historia, la familia ha sido contemplada como patriarcal, considerándose al padre cabeza de familia, con autoridad y responsabilidad sobre los otros miembros de la familia.

Una característica de la familia patriarcal tradicional consistía en una distinción muy delimitada entre las funciones del marido y la mujer en la familia. El marido traía el pan a casa y era generalmente el responsable de quehaceres claramente definidos considerados como “las tareas del hombre”. La esposa era responsable del “trabajo de la mujer”, que incluía actividades tales como limpiar la casa, cocinar, coser, la crianza de los hijos y otras responsabilidades. Se esperaba de los hijos que fueran sumisos y obedientes con sus padres y que siguieran sus instrucciones, incluyendo asumir una considerable responsabilidad en los quehaceres de la familia. Gradualmente, la familia ha ido evolucionando hacia formas más democráticas (Rice, 2000).

En México, existen tres tipos de familias:

1. La familia nuclear, que esta formada por padre, madre e hijos. Dentro de la familia nuclear existen dos tipos de familia, según el estilo de relaciones interpersonales, que se establezcan en ella, (Padilla, 2001):
  - a) La familia diádica: Donde independientemente de que exista físicamente la madre o el padre, la relación fuerte es entre los padres, entre la madre y los hijos o entre el padre y los hijos.
  - b) La familia triangular: en la cuál se da por lo general un equilibrio relativo en las relaciones entre el padre, la madre y los hijos.
2. La familia extendida, es la más frecuente en nuestro país; la cuál incluye a la familia nuclear más un número indefinido de parientes.

3. La familia ampliada o reconstituida, actualmente las parejas divorciadas se forman por cónyuge(s) divorciados, en la familia reconstituida se incluye a los hijos de alguno de ellos o a los hijos de ambos.

La familia extendida es extraordinariamente importante dentro de la sociedad a pesar de que también puede ser fuente de conflictos en relación con la familia nuclear. Sin embargo, son más los beneficios que proporciona, porque es determinante en el apoyo que puede prestar a aquella en momentos de crisis que convulsionan su estructura. Por ejemplo, en caso de muerte de alguno de los integrantes de la pareja parental, los abuelos, hermanos y tíos ayudan inmediatamente al cónyuge que haya quedado vivo y a cargo de los hijos, como si la desgracia aglutinara y diera forma al sentido familiar latente en el mexicano.

Lo mismo ocurre en caso de abandono, así como en casos de divorcio o separación o con madres solteras (Reyes, 2001).

Según Hetherington (en Coleman y Hendry, 2003) comunica que los que experimentan el divorcio durante el periodo previo a la adolescencia continúan manifestando dificultades de ajuste en la adolescencia y Wallerstein y Blakeslee revelan que los que eran muy pequeños en el momento del divorcio experimentan dificultades en la adolescencia que no se manifestaron durante la infancia.

En caso de muerte de uno de los integrantes de la pareja nuclear, pueden encontrar un refugio y una ayuda en la familia extendida, la que generalmente, acoge de una manera importante y generosa al progenitor que queda a cargo de los hijos, ayudándole con éstos en su educación y desarrollo.

Cuando se presenta orfandad de ambos padres, por accidente o por abandono, los hijos quedan en manos de familia extendida. En el caso de divorcio, esta misma ayuda y estas mismas redes de apoyo para la familia que ha quedado en malas condiciones son extraordinariamente importantes.

Familias constituidas únicamente por la madre y los hijos, debido a divorcio o abandono del padre, en este caso, como se ha dicho, el desarrollo de ninguna manera puede ser adecuado, la superación de cada una de las etapas se ve verdaderamente mutilada, porque falta uno de los integrantes de la pareja, no existiendo la presencia que pueda hacer que los hijos constaten la realidad de este padre que los engendró.

En la familia mexicana actual, la figura preponderante es la madre en cuanto a presencia y cercanía con los hijos. El mexicano como padre es ausente por herencia e identificación con su propio padre, las exigencias de la vida moderna contribuye mucho a la situación. En cualquier nivel socioeconómico, el hombre al llegar a casa después de un arduo día de trabajo, lo que menos quiere es hablar y escuchar los problemas de su esposa e hijos. Los deja solos sin compartir experiencias mutuas, expectativas e ilusiones, y en este abandono, esta soledad. Se pierde el contacto y la comunicación, el matrimonio fracasa y la familia pierde unidad y contenido aunque el contexto quede aparentemente igual.

La configuración de la familia va a determinar las formas de conducta que se requieren para los roles de esposo, esposa, padre, madre e hijos y van a ir adquiriendo un significado específico a través de una estructura familiar (Reyes, 2001).

Para Díaz Guerrero (en Reyes, 2001) la familia mexicana va a estar constituida sobre la siguiente estructura: la supremacía indiscutible del padre y por otro el absoluto autosacrificio de la madre.

La primera fase en la paternidad, la aborda el hombre al entrar en el umbral de este periodo nuevo de su vida; se trata del padre en cuanto se ha engendrado a su hijo, en cuanto a su progenitor.

La segunda etapa, es aquella en la que el padre se enfrenta con un nuevo desarrollo de la personalidad de su hijo, cuando éste es un adolescente que busca su independencia y lucha por su autonomía, el padre tiene una responsabilidad psicológica y afectiva.

En la tercera fase, el padre encuentra en su hijo un adulto, que posee su concepción personal de la vida, es un adulto frente a otro. Al padre corresponde entonces el papel de figura simbólica a nivel social (Reyes, 2001).

### **3.2 Función e imagen paterna**

Referirnos a la adolescencia implica, por asociación, hablar del padre, porque se piensa que sobre él recae la función de educar a los adolescentes, con mayor razón si son varones.

La función del padre es importante dentro de la familia desde el momento mismo en que un hombre y una mujer se unen para establecer una nueva familia, ya que, en la mayoría de los casos, esta unión se establece para fines de procreación.

El adecuado desempeño de la imagen paterna trae como consecuencia una mejor estructura de la familia, y por lo tanto, un mayor grado de salud mental en cada uno de sus miembros. A su vez, una familia más saludable conlleva a una sociedad también saludable y una sociedad saludable influye positivamente, como efecto retroalimentador, en la salud mental de la familia y del individuo.

La importancia que tiene el padre, dentro de la familia, depende de un adecuado desempeño de su imagen, lo que se lograría en la medida en que el mismo tenga un desarrollo óptimo de sus funciones y colabore con los miembros de la familia la que también ellos posean un repertorio de funciones bien evolucionado, que les de lo que, a nuestro parecer, clasificamos como un *yo* fuerte (González, Cortes y Padilla, 1996).

Los padres son importantes también en el desarrollo de un adolescente. Las relaciones padre- hija cálidas, compensatorias, juegan un papel vital, ayudando a una chica a valorar su feminidad, a ir hacia la aceptación positiva de sí misma como mujer y a hacer más fáciles y satisfactorias las relaciones heterosexuales.

Es igualmente cierto para el chico adolescente, si se identifica con su padre y comparte cálidos sentimientos hacia su madre, las relaciones con las mujeres serán con más probabilidad cómodas y agradables.

Un factor fundamental para determinar si los padres tienen un efecto positivo a la hora de ayudar a sus hijos a construir una identidad del yo saludable es la calidez, la preocupación y el interés por ellos. Los padres que cuidan de sus hijos y que muestran interés por ellos, tienen más probabilidad de tener hijos adolescentes con alta autoestima. Además, los adolescentes con alta autoestima tienen padres que son democráticos pero menos permisivos que los padres de adolescentes con baja autoestima.

La investigación en el desarrollo moral de los niños y de los adolescentes resalta la importancia de los padres y de la familia en el proceso global. Un número de factores familiares correlacionan de forma significativa con el aprendizaje moral:

1. El grado de cariño, de aceptación, de mutua estima, y la confianza mostrada al niño por parte de los padres.
2. La frecuencia e intensidad de la interacción y comunicación padres- adolescentes.
3. El tipo y grado de disciplina utilizada.
4. El modelo de rol que los padres ofrecen al niño.
5. Las oportunidades de independencia que proporcionan los padres.

Sabemos también que la salud mental de los miembros de la familia depende, en gran parte, de la actitud que el padre y la madre manifiestan tanto entre sí como hacia los hijos. Se ha demostrado, además, que la actitud de la madre hacia el hijo, sobre todo en los primeros años de vida, es decisiva para un adecuado desarrollo emocional. Y poco es lo que se ha investigado con respecto a la acción que Lacan llama mediatrix del padre, en la organización familiar.

Lo característico del padre mexicano es que representa una figura temida, ausente tanto física como emocionalmente, sin embargo, por ser temido y estar casi siempre ausente, curiosamente es anhelado. En su actuar cotidiano hace alarde de hombría mediante resaltar su posesión de mujeres, caballos y coches, los que según sus valores afirman la masculinidad.

Desde un punto de vista más general, consideramos que entre las tareas que el padre tendría que realizar se encuentran la de limitar y la de suministrar nuevos modelos, más maduros y realistas. Para enfrentar esa limitación, convirtiéndose en un momento determinado en un sustituto de la madre, aunque sin ser su función explícita y propositiva como lo podrían ser las anteriores, al padre se le asocia con las figuras de autoridad, adquiriendo la imagen de las leyes externas a través de su actitud, la que posteriormente se internaliza y adopta como propia, mediante la identificación (González, Cortes y Padilla, 1996).

En un contexto cálido, afectivo, los padres respetados tienen tendencia a ser admirados e imitados por los jóvenes, dando lugar a rasgos positivos en el adolescente. En un clima de hostilidad y rechazo, los jóvenes tienden a identificarse con el “agresor” tomando rasgos antisociales del padre temido (Rice, 200).

El *padre* proviene del latín *pater* y quiere decir patrono, por su parte Cabadas (en García y Campos, 2004) define al padre como protector o defensor, siendo este quien defiende, protege, apoya, ayuda, abriga y preserva.

Para González (en García y Campos, 2004) la importancia que tiene el padre dentro de la familia depende del adecuado desempeño de su rol, en la medida en que el mismo posea un desarrollo óptimo de sus funciones y colabore con los miembros de la familia, también ellos poseerán un repertorio de funciones bien evolucionado que les provea de lo que se denomina un “yo fuerte”.

En cuanto a la formación de la figura paterna, González (en García y Campo, 2004), menciona que al nacer un niño, la primera persona (objeto psicológico) con la cuál el niño tiene contacto es con su madre. Y es de ella de quien el niño va a recibir prácticamente todo los primeros meses de su vida; de la madre serán los primeros estímulos comunicativos a los cuales, él hijo responderá con alto grado de sensibilidad. Posteriormente, el niño será capaz de recibir, percibir e introyectar los estados emocionales más sutiles de la madre.

Y, es así como, el niño tiene noticia de su padre a través de los mensajes preverbales, ya sea consciente o inconsciente de ésta. Estos mensajes pueden pertenecer a la imagen real del padre en el hijo o a la imagen introyectada de la madre de su propio padre.

Siguiendo con lo anterior, para González, Cortes y Padilla (1996), una vez que el niño ha formado la imagen paterna, ésta sigue evolucionando en forma dinámica aunque conserva una cierta estructura, que se consolida entre los 3 y los 8 años de edad. En realidad el padre necesita desempeñar funciones propias de su figura paterna, las que variarán según el tipo de familia y el tipo de sociedad en el que viva.

Por su parte, González Núñez (en González, Cortés y Padilla, 1996) describe las principales funciones de la paternidad y señala que, desde el punto de vista biológico, el padre es el que determina el género sexual al aportar su cromosoma X óY, cuya repercusión dependerá de las expectativas del padre y de los intereses de la familia. Una segunda función del padre es la de proveer alimento y seguridad al grupo y al interior del hogar, lo que posibilitara al hijo desarrollar un sentimiento de confianza básica, de pertenencia y de territorialidad.

Desde el punto de vista psicológico, el padre posee distintas funciones frente al hijo, sobre todo como figura definida, que posibilita la diferenciación femenina.

La función rescatadora del padre, al asimilar las cargas agresivas, sexuales y eróticas que la madre desplaza hacia el hijo varón y al prohibir que la relación simbiótico-feminizante impida la integración de la identidad masculina, es una de las funciones centrales del padre: “la que podríamos llamar la función de partero de identidad”.

El padre también desempeña la función de ayudar al hijo en el control de sus impulsos. Al brindar protección, el padre se ofrece como objeto que se internaliza y, de esta forma, en el futuro de protección desde el interior del individuo. Al obtener de esta manera protección desde su interior, el sujeto, se siente querido por ese objeto internalizado llamado padre, aumentando así su autoestima.

El papel del padre es importante no sólo en lo que respecta a los vínculos emocionales, sino que también influye en el desarrollo social, sexual, cognoscitivo y lingüístico, a corto y largo plazo (González, Cortés y Padilla, 1996).

Según García (en García y Campos, 2004) surgen problemas en la personalidad del hijo cuando la figura no funciona, lo que provoca desajustes en el individuo.

Siguiendo con esta postura González, Cortes y Padilla (1996) coinciden que el adecuado desempeño de la imagen paterna trae como consecuencia una mejor estructura de la familia, y, por lo tanto, un grado mayor de salud mental en cada uno de los miembros.

Por su parte Cabadas (en García y Campos, 2004) hace énfasis en la capacidad nutricia afectiva del padre que, sin perder su función, ayuda al niño a desarrollar una conciencia de su futuro, dándole seguridad y protección, favoreciendo una identificación adecuada que le permite ejercer como adulto su rol paterno.

Por otro lado, González, Cortes y Padilla (1996) definen que la madre es quien da la seguridad al hijo sobre todo en los primeros meses de vida, pero el padre se convierte en determinado momento en un gran *superman*, capaz de proteger al hijo de todos los temores y fantasías que lo aquejan. Dar protección no es solo una función económica, si no también emocional. Dar protección al hijo permite a este sentirse querido y apreciado por el padre, desarrollando en esta forma su autoestima. En este sentido, el padre posee la importante función de ayudar al hijo en el control de sus impulsos.

Por su parte Cabadas (en García y Campos, 2004) afirma que, el niño necesita del padre para desarrollarse y aventurarse a descubrir un mundo diferente al de su madre, el cuál lo lleva a poner en práctica otra forma de relación. La relación con el padre tiene la enorme ventaja de que no ha estado tan cargada de afectos, inclusive contradictorios, como es el caso de la relación con la madre y en este sentido puede ser más libre.

De la misma forma considera que al darse un equilibrio adecuado en la pareja se cuenta con un padre que, sin perder su rol, se muestra más activo en la alimentación y cuidados de los hijos, brinda a los niños un modelo de “paternaje” afectuoso pero masculino, y que da al niño la pauta de aprender un patrón de amorosa masculinidad lo cuál influye en la formación de niños más afectuosos.

Para Fernández, Vargas y Rahman (2000), la familia es, incuestionablemente, el espacio en el que se generan las dependencias y los aprendizajes más primarios, el lugar en el que se producen los vínculos más significativos y estructurantes, en el que se cristalizan las condiciones que facilitan la salud o la enfermedad. Desde otras disciplinas y otros discursos se ha hablado de la familia mexicana y sus peculiaridades, de la frecuente ausencia del padre en ella, de la relación simbiótica y de dependencia recíproca que tal ausencia propicia entre madre e hijo.

Desde luego, consideran la importancia que para el hijo tiene la presencia física y afectiva del padre en el hogar, pero destacamos que ésta no es suficiente para que se cumpla su función.

Para el hombre, el acceso a la paternidad, es también producto de un largo proceso en el que intervienen las vicisitudes de la relación con su padre, y ello se expresa en el vínculo y el deseo por una mujer.

### **3.3 Ausencia del Padre**

En la actualidad no son raras las familias en donde se observa un solo progenitor, siendo México un país con alta incidencia de ausencia paterna. Las causas de esta ausencia paterna se pueden atribuir a una gran cantidad de factores, tales como separación, abandono, divorcio, infidelidad, muerte, alcoholismo, etc. Los afectos de la ausencia paterna en el desarrollo psicológico del niño, pueden ir desde trastornos pequeños hasta graves psicopatologías.

La carencia de contacto con el padre –fundamentalmente contactos corporales- deja un déficit emocional que se encuentra en la base misma del anhelo hacia el padre. Esta carencia de contacto con el padre es una de las raíces del rechazo del hijo y deja una secuela que podría ser el origen de una posterior y desesperada búsqueda de sustitutos paternos, a través de toda la vida.

El padre ausente obliga al hijo a asumir su figura en un proceso de identificación. En caso de divorcio, abandono o muerte, es muy frecuente que la madre duerma con su hijo.

Algunas de las consecuencias que se presentan en el niño, debido a ausencia o abandono del padre, remiten con frecuencia a que este puede sentir que tanto su madre como el fueron abandonados debido a que carecían de valor; o también, puede creer que la madre abandono al padre y, por consiguiente, ella lo abandonara a él algún día.

El padre cumple una función especial en la enseñanza de los respectivos papeles sexuales. La ausencia del padre puede suponer un factor de perturbación para la identidad sexual de las niñas. Si el padre permanece alejado de la hija, o bien no se preocupa por ella o se muestra hostil, esto puede ser motivo para que la niña, siendo ya mujer, tenga problemas en cuanto ha establecer relaciones heterosexuales permanentes.

Por su parte, Whaibe (en González, Cortes y Padilla, 1996) concluyó que los adolescentes sin padre desde los primeros siete años de edad se les dificulta consolidar una identificación psicosexual adecuada en la adolescencia.

Según Trunmeil (en González, Corte y Padilla, 1996) en los púberes y adolescentes existirían problemas en la identidad psicosexual y en la sexualidad, asociado con promiscuidad y conductas destructivas.

El papel del padre es importante no sólo en lo que respecta a los vínculos emocionales, sino que también influye en el desarrollo social, sexual, cognitivo y lingüístico de sus hijos.

La importancia de la presencia y función del padre es sólo la de ser una figura de identificación psicosexual e introyección de normas y reglas morales; es, asimismo, un objeto de amor, admiración y estímulos.

La falta del padre puede propiciar en los niños problemas en su desarrollo, los que pueden acusar desde pequeños trastornos hasta graves psicopatologías. La importancia y presencia del padre, tanto en la interacción con la madre como en el desarrollo del niño, es tan necesaria, que su ausencia puede producir- no sólo en la infancia, sino también durante la adolescencia y en la vida adulta- actitudes y afectos negativos hacia la figura paterna, dejando profundas heridas y serias repercusiones en el desarrollo de la personalidad, no siempre fáciles de ocultar, negar, remediar u olvidar (González, Cortes y Padilla, 1996).

Los adolescentes son los que mas sufren esta ausencia, presentan a corto plazo, inseguridad, soledad y a veces estados depresivos, tienden a manifestar esta ausencia de afecto y comunicación en forma de: fracaso escolar, conducta antisocial, dejadez, vagancia y consumo de productos tóxicos (Vargas y Miguel, 2001).

Una de las características de las familias de la cultura mexicana, es la indiferencia o ausencia del padre física y/o emocionalmente donde la línea materna da un eje a la organización familiar, dejando en todos sus miembros tanto hombres como mujeres, exceso de madre y ausencia de padre (Padilla y Ferrer, 2004).

Cuando la figura del padre no existe o ésta se debilita, el niño se refugia en la madre, convirtiéndose en un ser que mantendrá siempre una actitud de “protegido”. Las cualidades paternas de disciplina, independencia, fortaleza y dominio de la vida no existen en él, porque no ha tenido la posibilidad de experimentar la experiencia de un padre eficaz. Conforme se desarrolle, padecerá de una incapacidad para autodelimitarse; la depresión la vivirá frecuentemente, cada vez que tenga que enfrentarse con algo y sienta su incapacidad para tomar decisiones (García y Campos, 2004).

Por otra parte, Le Gall (en García y Campos, 2004) define que, las carencias paternas acarrearán siempre perjuicios, aún en los casos en que la madre y los niños tengan sólidas personalidades, capaces de afectarlos en una amplia medida.

Cuando afectan personalidades frágiles o inestables, pueden dar lugar a situaciones patológicas caracterizadas –neuróticas o psicóticas-; por consiguiente en tanto que una verdadera presencia paterna bastaría, por lo general, para mantener en equilibrio a una esposa o a hijos menos sólidos, la carencia del padre corre el riesgo de agravar, a veces pesadamente, deficiencias que en sí mismas no plantean serios problemas.

Con referencia a lo anterior (González, Saldivar y Corona, 1998) realizaron un estudio con adolescentes mexicanos con el objeto de identificar las dimensiones predictorias de sintomatologías depresivas en estudiantes entre 13 y 18 años de edad, para conocer qué aspectos de su relación con la figura paterna influyen en el desarrollo emocional de los adolescentes. Obteniendo, como resultado principal, que la figura paterna desempeña un papel fundamental. En particular en lo que a la percepción que el adolescente tiene de él, respecto a la frecuencia de las manifestaciones de afecto.

Los resultados demostraron la necesidad de considerar y promover las manifestaciones de afecto por parte de la figura paterna hacia sus hijos, ya sean varones o mujeres. Debido a esto resultó que, los y las adolescentes con menores índices de sintomatología depresiva fueron quienes perciben a su papá afectuoso (sentimientos afectivos de interés, justicia, apoyo y amor).

Por otra parte, Généraud (en García y Campos, 2004) afirma que, al faltar el modelo del padre y al no poder la madre suplirlo, más que en una escasa medida, el desarrollo del niño se halla muy debilitado, pues no tiene guía, ni punto de apoyo, ni referencia.

En el caso de una figura paterna insuficiente, para Le Gall (en García y Campos, 2004) esto constituye una situación en la que el niño se manifiesta a la vez como no protegido, dado que la figura del padre está privada de esta imagen de fuerza que le es indispensable y, como no dirigido, puesto que la figura del padre no desempeña la función modelo, tan necesaria para la identificación de la joven personalidad.

La ausencia del padre es entonces un factor de riesgo en lo que hace al proceso de transición que comienza en la adolescencia y termina en una inserción exitosa en la comunidad, lo que podríamos llamar proceso de emancipación (Chouhy, 2000).

Ello hace que, éste experimente una impresión de vacío, de inutilidad, de confusión, que puede dar lugar al desencadenamiento de trastornos claramente patológicos o en un grado de menor gravedad, a conductas desordenadas y desequilibradas.

En especial, los comportamientos de desinterés escolar o de pereza pueden estar relacionados, en muchos casos, con una imagen del padre incapaz de solicitar el esfuerzo del niño.

Cuando se presenta una ausencia prolongada de la figura paterna ésta influye fundamentalmente, sobre los niños de dos maneras: una directa, que consiste en la sensación de la “no presencia” del padre y de lo que ella significa, puesto que le puede trastornar la motivación y la estructuración de la personalidad; la otra, indirecta, pero no menos importante, se ejerce sobre el niño a través de las repercusiones de esta “no presencia” sobre la madre (García y Campos, 2004).

La opinión tradicional es que la madre ejerce mayor influencia, tal vez debido a la mayor cantidad de tiempo que pasa con el niño. Sin embargo, las investigaciones recientes parecen indicar que la influencia inmediata del padre sobre sus hijos y el efecto de su influencia sobre la conducta y actitudes futuras de éstos son al menos tan grandes como las de la madre, y algunos investigadores informan que el papel y la influencia del padre son incluso más importantes.

Aunque la madre es la figura principal en la vida del niño hasta los 10 años de edad, de los 10 años a los 16 años el padre se vuelve cuando menos igual de importante, con gran posibilidad de que su influencia a largo plazo sobrepase a la de la madre. Los años de la adolescencia requieren de una fuerte influencia masculina (Harrocks, 2001).

Por su parte, Cabadas (en García y Campos, 2004) define que, cuando un niño no cuenta con la presencia física o emocional por parte del padre se dificulta su identificación con lo masculino y afecta su futuro como hombre, pareja y padre.

Cuando existe la ausencia, particularmente del padre, el niño sufre una descompensación en su estabilidad psicoemocional en su etapa formativa como ser socializado, ya que las primeras reglas, acciones, patrones de conducta, etc., se asimilan al observar e imitar a los padres, pero en gran medida es en el padre en quien recae la obligación de establecer las pautas de las acciones de conducta en la formación de los valores en el hijo.

Los cambios sociales han provocado que cada vez en más familias se esté presentando la ausencia de alguno de los padres, debido a la necesidad de mejorar su situación económica (primordialmente), se ha llegado a tal grado de que por un lado los padres se ven obligados a enviar a sus hijos a una guardería, o en algunos casos les sean cuidados por algún familiar, y por el otro, la problemática familiar (divorcios, abandonos, maltrato, falta de atención, agresión física y/o verbal, etc.), además de la que se ve reflejada socialmente como consecuencia de factores como alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, niños de la calle, delincuencia, etc. Por tal motivo, lo que realmente es importante no es identificar cómo interaccionan todos estos factores que provocan en el individuo una conducta “antisocial”, si no por el contrario, ir más a fondo en el desarrollo del niño y adolescente dentro de la misma familia (García, G. 2003).

Según Sowers (en García y Campos, 2004) para un niño, un padre es considerado más en términos de actividades, características personales y relaciones con el hijo, que en términos de aspecto físico o estructura de la personalidad. Según los adolescentes, el “buen” padre posee rasgos admirables, tales como:

- Amabilidad, sinceridad, bondad y justicia, que son más importantes que las cosas materiales.
- Desea tener la compañía de sus hijos y disfruta desarrollando actividades con ellos.
- Debe apartarse de su hogar lo menos posible a causa de sus compromisos sociales.
- Debe ser frugal y económico.
- Brindar a los hijos instrucción en el manejo de su dinero.
- Debe ser estricto pero justo en su disciplina.
- Debe evitar el reprender y rezongar.
- Debe tratar de entender el punto de vista del hijo.
- Debe poseer dominio de sí mismo.
- Debe dejar que el hijo intervenga en los planes familiares y tenga oportunidad de expresar sus opiniones.

Según Berk (1999), el tamaño de la familia influye en la interacción padre- hijo, un tamaño familiar más pequeño tiene efectos positivos en esta interacción. Los padres que tienen menos hijos son más pacientes y usan menos el castigo. También tienen más tiempo para dedicar a las actividades, los deberes y otras necesidades especiales de cada hijo. En las familias pequeñas es más probable que los hermanos estén más espaciados. Lo que añade atención y medios que los padres pueden invertir en cada hijo.

Otro dato importante sobre la ausencia de la figura paterna, es el registro de las estadísticas compiladas de informes del Departamento de la Familia y de la Administración de Instituciones Juveniles de Puerto Rico, en el que se confirman los siguientes puntos:

- Los hijos de madres solteras menores de edad, en un 80% de los casos se convertían en delincuentes.
- Las estadísticas de la Coalición de Padres reflejan que la ausencia del padre es el factor más decisivo en la delincuencia juvenil.
- El 90% de los niños de la calle provienen de hogares donde está ausente la figura paterna.
- El 63% de los jóvenes que se suicidan provienen de hogares donde está ausente la figura paterna.
- El 75% de los jóvenes usuarios de droga y el 70% de los jóvenes en instituciones juveniles se criaron sin su padre o sin figura paterna.
- El 60% de las adolescentes embarazadas no tienen a su padre y, el 63% de los adolescentes que provienen de hogares donde no está el padre, sufren ansiedad, tristeza y depresión (García y Campos, 2004).

Generalmente, se ha asumido que los chicos que carecen de la figura de un padre efectivo y son criados sólo por su madre, tiene más tendencia a mostrar una menor masculinidad, tienen autoconceptos y orientaciones a los roles sexuales no masculinos, y son más independientes, menos agresivos y menos competentes en las relaciones con sus compañeros que aquellos cuyos padres están presentes. Cuanto más joven es un chico en el momento de separarse de su padre, más afectado se verá.

El efecto de la ausencia del padre depende en parte de, si los chicos tienen modelos sustitutos. Los chicos del padre ausente, con un padre sustituto, como por ejemplo un hermano mayor, están menos afectados que quienes no tienen un padre sustituto. Los compañeros varones, especialmente los mayores, pueden ser modelos sustitutos importantes por los chicos que carecen de padre (Rice, 2000).

El efecto de la ausencia de un padre sobre las hijas parece ser justo lo contrario. Las hijas parecen verse menos afectadas de pequeñas y más en la adolescencia. La falta de relaciones hombre/mujer significativas en la niñez le pueden hacer más difícil relacionarse con el sexo opuesto posteriormente. Estudios de casos de chicas con padre ausente muestran que las chicas están, con frecuencia, llenas de problemas relacionados con los hombres (Rice, 2000).

Durante la adolescencia las chicas de padres divorciados que viven con su madre pueden ser seductoras y en ocasiones sexualmente promiscuas. Estas chicas pueden tener sentimientos ambivalentes hacia los hombres por sus experiencias negativas con sus padres, y perseguir a los hombres de una forma incompetente e inapropiada (Rice, 2000).

Las chicas cuyos padres han muerto pueden ser excesivamente tímidas y sentirse incómodas con los hombres, probablemente por no tener mucha experiencia estando cerca de los hombres como sí hicieron las chicas cuyos padres estaban presentes en casa (Rice, 2000).

Hay una diferencia, en efecto, entre la pérdida del padre debido al divorcio o separación, y por fallecimiento. Los adolescentes cuyos padres han muerto, han crecido en familias donde ha habido cariño y aceptación. Por el contrario, quienes han perdido a sus padres por el divorcio tienen generalmente que enfrentarse a su propia culpa y a la culpa de sus padres y a los sentimientos negativos de rechazo entre ambos (Rice, 2000).

Crecer en un hogar con los padres es una ventaja durante la niñez, y continua siéndolo durante la adolescencia, por lo menos para evitar comportamientos de riesgo.

El análisis de datos de aproximadamente 22 mil jóvenes entre 12 y 17 años, realizado por la National Household Survey of Drug Abuse (1991, 1992 y 1993) reveló que los adolescentes que viven con los dos padres biológicos o adoptivos tienen menos probabilidad de consumir alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas, o desarrollar problemas asociados al consumo de esas sustancias que los que viven en otra estructura familiar.

No obstante, la crianza con padres divorciados o solteros no necesariamente genera problemas en los adolescentes, sin embargo, una revisión de la literatura indica que pueden haber sido exagerados algunos de los efectos nocivos de vivir en un “hogar desintegrado”, por ejemplo, varios estudios han encontrado que los hijos de divorciados se desempeñan peor en la escuela que los hijos de familias biparentales (Papalia, 2001).

Finalmente, para Kimmer y Weiner (1998), los efectos de la ausencia del padre dependen de diversos factores:

En primer lugar, cuanto más pequeños son los hijos cuando el padre abandona el hogar, mayor es el riesgo de que resulten afectados de alguna forma negativa. Esto significa que los adolescentes son menos susceptibles que los niños pequeños de sufrir efectos perjudiciales debido a la ausencia de su padre, si bien se ha observado que, por no haber tenido un padre desde una edad temprana, algunos jóvenes y adultos muestran consecuencias persistentes, como sentimientos de soledad crónica o recurrente.

En segundo lugar, es más probable que tenga efectos negativos la ausencia del padre a consecuencia de un divorcio que de su muerte. Cuando el padre ha desaparecido a causa del divorcio, sobre todo si ha dejado la familia, su ausencia puede significar rechazo y abandono. Los hijos que se sienten rechazados y abandonados a menudo se hacen algunas preguntas dolorosas (¿Por qué no me quería lo bastante para quedarse conmigo?) y llegan algunas respuestas autocríticas (“no soy una buena persona”) que casi nunca se les ocurren a los hijos cuyos padres han muerto.

Hablando en general, a los hijos privados del padre por la muerte de éste les va mejor emocionalmente que a los que experimentan la pérdida paterna por divorcio o abandono. En comparación con los hijos de padres divorciados, aquellos cuyos padres ha fallecido manifiestan menos actitudes negativas hacia sus familias y es menos probable que desarrollen problemas conductuales o que lleguen a sufrir trastornos psicológicos durante la adolescencia o la edad adulta (Kimmer y Weiner, 1998).

El padre desempeña un rol clave en la transmisión de valores a los hijos, representando para ellos el modelo masculino e imponiéndoles controles de la conducta.

Como tercer factor, las circunstancias económicas de una familia pueden influir en su respuesta a la ausencia del padre, para lo bueno y para lo malo. La pérdida del padre a menudo significa una disminución de los ingresos familiares, en cuyo caso la privación material puede incrementar el riesgo de dificultades en el desarrollo (Kimmer y Weiner).

En cuarto lugar, los posibles efectos negativos de la ausencia del padre pueden disminuir si otras personas están disponibles para llenar los vacíos dejados por su marcha. Se observa que la entrada de padrastros en las vidas de niños que antes tenían el padre ausente tiene efectos positivos en su desarrollo cognitivo y de la personalidad, especialmente en los chicos; como veremos, no obstante, los adolescentes tienen con frecuencia más dificultades que los niños en adaptarse a los padrastros, y un nuevo padrastro quizá no sea tan beneficioso para un adolescente como para un niño que todavía está en la escuela primaria.

Por último, aunque no por ello menos importante, la capacidad de la madre del niño para convertirse en única cabeza de familia y proporcionar una relación afectuosa y amorosa puede también minimizar los efectos negativos de crecer sin un padre en la casa (Kimmer y Weiner, 1998).

## **CAPITULO 4**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1 Planteamiento del Problema**

En la actualidad uno de los graves problemas por los cuales atraviesan los hijos durante su desarrollo es precisamente aquel que conlleva la ausencia de alguno de los padres, que en este caso sería la figura paterna, lo que origina una especie de desequilibrio psíquico emocional y afectivo dentro del reforzamiento de las normas de conducta en su proceso de formación cultural, las cuales deben ser legadas y fortalecidas por el padre y/o madre.

De esta manera surgió la pregunta: ¿La ausencia de la figura paterna presenta depresión en adolescentes hombres y mujeres?

#### **4.2 Objetivos**

1. Descubrir si la ausencia de la figura paterna presenta depresión en adolescentes hombres y mujeres.
2. Medir los niveles de depresión entre adolescentes hombres y mujeres ante la ausencia de la figura paterna.
3. Comparar la depresión de adolescentes hombres ante la ausencia de la figura paterna.
4. Comparar la depresión de adolescentes mujeres ante la ausencia de la figura paterna.

### **4.3 Hipótesis**

HI 1: Los adolescentes sin figura paterna presentan depresión.

HO 1: Los adolescentes sin figura paterna no presentan depresión.

HI 2: Las adolescentes mujeres sin figura paterna presentan depresión.

HO 2: Las adolescentes mujeres sin figura paterna no presentan depresión.

HI 3: Los adolescentes hombres sin figura paterna presentan depresión.

HO 3: Los adolescentes hombres sin figura paterna no presentan depresión.

### **4.4 Variables y definiciones**

VI: Ausencia de la figura paterna

VD: Depresión

#### **4.5 Definición Conceptual de las Variables**

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Ausencia de la figura paterna: Se entiende por ausencia de la figura paterna la no presencia física del padre en el hogar donde habita el adolescente en cuestión sea por divorcio, separación, muerte o abandono.

##### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Depresión: Es un tono afectivo de tristeza que puede variar desde un ligero sentimiento de minusvalía o indiferencia hasta una predisposición extrema hacia el suicidio. En ocasiones algo aflige al ser humano, quien es sacudido por algún acontecimiento adverso. Este pesar viene y pasa o reaparece de vez en cuando, o se aminora a pesar de que el tiempo ha transcurrido, a veces el dolor es exagerado en relación al suceso que lo produce, pero de todas maneras se trata de un sentimiento doloroso. Una de las raíces más importantes de la depresión es algún tipo de pérdida o rechazo sufrido por el sujeto (González, Cortés y Padilla, 1992).

#### **4.6 Definición Operacional**

##### **VARIABLE DEPENDIENTE**

*DEPRESIÓN*: Se midió a través de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) la cuál comprende una lista de 20 declaraciones.

##### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

*AUSENCIA DE LA FIGURA PATERNA*: Se midió a través de un cuestionario que consta de 10 preguntas.

## **4.7 Muestra**

En las *muestras no probabilísticas*, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en formulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Sampieri, Fernández y Baptista, 2003).

La muestra se seleccionó de forma no probabilística de tipo intencional, ya que se tomaron sujetos que fueran de 16 a 20 años de edad, que carezcan de la figura paterna y que fueran estudiantes de preparatoria de la Universidad Insurgentes, Plantel Xola.

### **4.7.1 Criterios de inclusión**

- Adolescentes de 16 a 20 años de edad.
- Adolescentes que carezcan de la figura paterna.
- Adolescentes que se encuentren cursando la Preparatoria en la Universidad Insurgentes, Plantel Xola.

### **4.7.2 Criterios de exclusión**

- Adolescentes menores de 16 años y mayores de 20 años.
- Adolescentes que tengan padre.
- Adolescentes que no se encuentren estudiando la preparatoria.

#### **4.8 Diseño de Investigación**

Es un diseño no experimental de campo y *expost-facto*, ya que no existió un grupo control. De acuerdo con Campbell y Stanley (en Sampieri, Fernández y Baptista, 2003) se subdivide en diseños transeccionales o transversales. En este tipo de diseño no hay manipulación de la variable independiente, se toma en cuenta el factor tiempo o número de veces en que se recolectan los datos. Estos diseños se suelen utilizar tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa, así como en las diferentes modalidades en las cuales se mezclan ambas.

#### **4.9 Tipo de Estudio**

El estudio es de tipo descriptivo porque permite conocer las generalidades del problema, identifica las variables que se asocian y señala las directrices para probar la hipótesis (Luna, 2005). Es transversal, ya que se pretende hacer una sola medición.

#### **4.10 Instrumentos**

1. Escala de Automedición de la depresión de Zung (EAMD). La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 declaraciones, de las cuales 10 están hechas para tener una respuesta sintomáticamente positiva (reactivos: 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y 10 para una respuesta sintomáticamente negativa (reactivos: 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19). Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 de temas esbozan de manera compresiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión.

A un lado de las declaraciones aparecen 4 columnas cuyos encabezados dicen: Nada o pocas veces, Algunas veces, Muchas veces y La mayoría de las veces o Siempre.

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala, una depresión de significación clínica.

### **Forma de Aplicación**

Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma. Se da al sujeto la lista de declaraciones y se pide que señale la aservación que se apegue más a su caso en ese momento; si surgiera alguna duda puede ser aclarada sin ningún problema.

### **Forma de Calificación**

La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponde a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1, 2, 3, 4, ó 4, 3, 2, 1 dependiendo de la puntuación.

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la puntuación bruta al índice de SDS. Una vez obtenido el índice de SDS es posible deducir el diagnostico final en la tabla de Impresiones Clínicas Equivalentes Globales.

### **Validez y Confiabilidad**

Lara Tapia y colaboradores en 1976, al trabajar la adaptación y estandarización de la escala de Zung en nuestro país, estudiando cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, concluyeron que las normas estándar de la escala original son *válidas* y se considera su utilidad en la investigación clínica y farmacológica en nuestro país, así como su uso en la clínica como diagnóstico. La *confiabilidad* de la escala de Zung ha sido validada mediante su comparación con otras escalas de medición de la depresión no autoadministradas como las Clyde, Hildreth, Beck, y otras y fundamentalmente con la escala del MMPI.

2. Cuestionario de Identificación. Cabe mencionar que este cuestionario se creó con la finalidad de obtener la muestra con los criterios que deseamos para la investigación propiamente dicha.

#### **4.11 Escenario**

La investigación se realizó en la Universidad Insurgentes, Plantel Xola.

#### **4.12 Material**

- Cuestionario de Identificación
- Hoja de respuesta de la Escala de Zung
- Lápiz ó pluma y goma

#### **4.13 Procedimiento**

Para la presente investigación se pidió autorización a la Universidad Insurgentes, Plantel Xola, para la aplicación de un Cuestionario de Identificación y una Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), a los alumnos de nivel Preparatoria.

Para obtener la muestra con los criterios antes mencionados, se seleccionó 60 adolescentes, 30 hombres y 30 mujeres de 16 a 20 años de edad, principalmente que carecieran de la figura paterna. La aplicación duró de 30 a 45 min., máximo, en 1 o 2 días, dependiendo su horario de clases. Se les explicó a los alumnos el motivo por el cual estaban presentes al igual que se les dio las indicaciones para contestar los instrumentos que se les aplicó.

El análisis estadístico que se realizó fue de tipo paramétrico, ya que la población estudiada posee una distribución normal y los datos obtenidos se midieron en una escala de intervalo y de razón.

Se aplicó una distribución de frecuencias, comúnmente llamada tabla de frecuencias, se utiliza para hacer la presentación de datos provenientes de las observaciones realizadas en el estudio, estableciendo un orden mediante la división en clases y registros de la cantidad de observaciones correspondientes a cada clase. Al igual se aplicó una Correlación de Spearman, que permite determinar la presencia o ausencia de asociación entre dos variables sometidas a investigación (Ávila, 2006).

## CAPITULO 5

### RESULTADOS

Con el objeto de establecer el marco de referencia de este estudio, para la interpretación de los datos estadísticos cabe señalar que el propósito principal se centró en descubrir si la ausencia de la figura paterna sea por divorcio, separación, muerte o abandono; trae como consecuencia depresión en los adolescentes hombres y mujeres.

Se seleccionaron 30 adolescentes hombres y 30 adolescentes mujeres, que tuvieran de 16 a 20 años de edad, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Edad y sexo de los adolescentes

#### EDAD Y SEXO

SEXO	16 Años	17 Años	18 Años	19 Años	20 Años
MASCULINO	8	9	4	5	4
FEMENINO	14	11	2	2	1

En esta tabla, se puede ver la cantidad de hombres y mujeres que participaron en esta investigación, al igual que la frecuencia en edades, como se muestra en las siguientes gráficas.

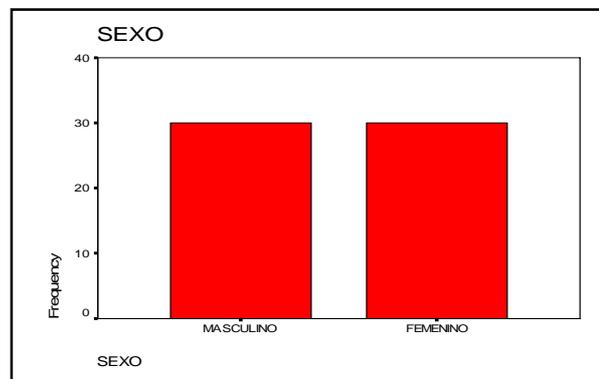
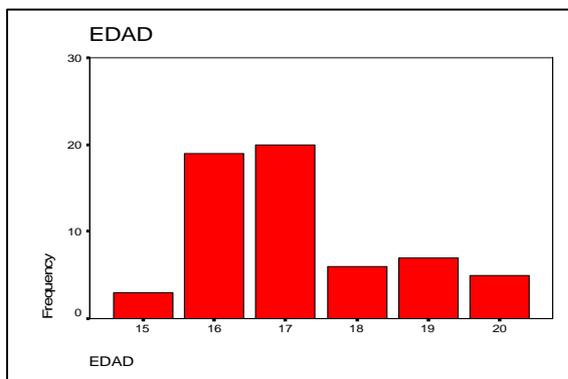


Tabla 2. Principal causa de ausencia del padre en hombres.

**MASCULINO**

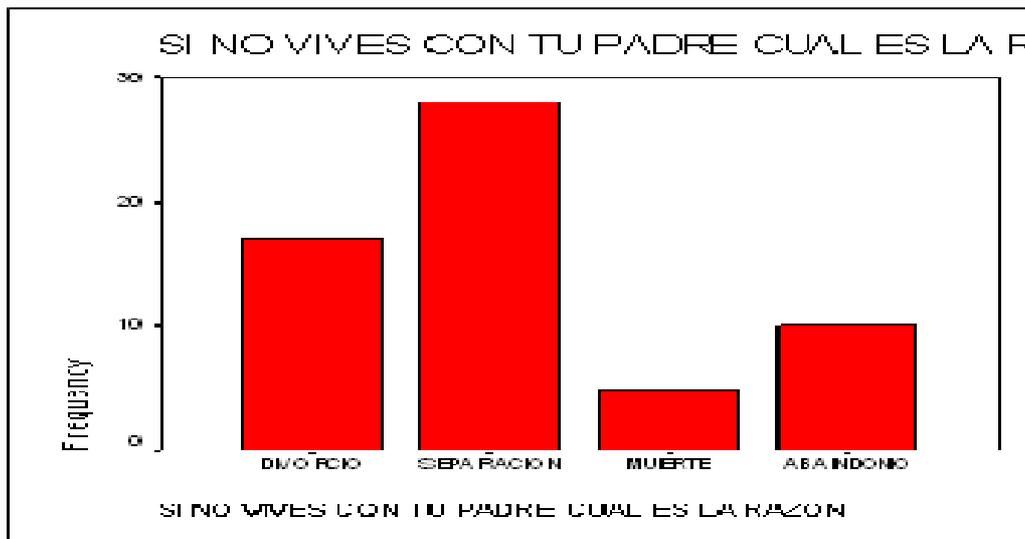
EDAD/CAUSA	16 Años	17 Años	18 Años	19 Años	20 Años
DIVORCIO	1	3	1	2	1
SEPARACION	5	4	3	1	2
MUERTE		1		1	
ABANDONO	2	1		1	1

Tabla 3. Principal causa de ausencia del padre en mujeres.

**FEMENINO**

EDAD/CAUSA	16 Años	17 Años	18 Años	19 Años	20 Años
DIVORCIO	3	3	1	1	
SEPARACION	8	3		1	1
MUERTE	1	3			
ABANDONO	2	2	1		

En la tabla 2 y 3, se muestran los datos obtenidos en cuanto a la causa principal de la ausencia de la figura paterna, para ambos sexos la causa que prevalece es la separación, en edades de 16 y 17 años, como se muestra también en la gráfica siguiente.



En las tablas siguientes se muestran los datos arrojados sobre el grado de depresión que presentan los adolescentes que carecen de la presencia de la figura paterna, edad más frecuente y sexo.

### MASCULINO

EDAD/CAUSA	16	17	18	19	20
DIVORCIO		Depresión mínima a mayor			
SEPARACIÓN	Depresión mínima				
MUERTE		Depresión mínima			
ABANDONO	Depresión mayor			Depresión mínima	Depresión mínima

### FEMENINO

EDAD/CAUSA	16	17	18	19	20
DIVORCIO	Depresión mínima a severa	Depresión mínima a mayor y severa			
SEPARACIÓN	Depresión mínima a mayor	Depresión mínima a mayor			Depresión mínima
MUERTE	Depresión mínima	Depresión mayor			
ABANDONO			Depresión severa		

Los resultados obtenidos en estas tablas son los siguientes: para el sexo masculino a los 16 años presentan depresión mínima a mayor por separación y abandono, a los 17 años presentan depresión mínima a mayor por divorcio y muerte, a los 19 años y 20 años presentan depresión mínima por abandono. Para el sexo femenino a los 16 años y 17 años presentan depresión mínima a severa por divorcio, separación y muerte, a los 18 años presentan depresión severa por abandono y a los 20 años depresión mínima por separación.

La correlación entre la ausencia de la figura paterna y depresión da como resultado la siguiente tabla (4).

Tabla 4. Correlación de Spearman.

	CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE	SI NO VIVES CON TU PADRE CUAL ES LA RAZON	SE TE EXPLICO EL MOTIVO POR EL CUAL NO VIVES CON EL	TE HA HECHO FALTA LA IMAGEN DE TU PADRE	PUNTUACION ESCALA ZUNG
EDAD					-.352*
SEXO					.308*
ESCOLARIDAD	.459**		.332*		
CON QUIE VIVES ACTUALMENTE		-.266*			
CREES QUE TE HA AFECTADO EL NO VIVIR CIN EL				.416**	

\*\* Correlation is significant at the .01 level (2-Tailed).

\* Correlation is significant at the .05 level (2-Tailed).

Como se puede observar, esta gráfica nos indica que la mayor parte de los adolescentes hombres y mujeres actualmente estudiando viven con su madre o parientes y que los adolescentes significativamente se sienten afectados por no poder contar con su padre, por lo que el no vivir con el padre o una figura paterna que realice las dichas funciones afecta el desarrollo del adolescente en esta etapa tan importante.

## **CAPITULO 6**

### **DISCUSION DE RESULTADOS**

A partir de los resultados obtenidos se analiza lo siguiente:

Las personas depresivas, por lo general, provienen de una familia con rasgos depresivos, en donde uno de los progenitores ha muerto o está separado de la pareja (González, 1992). Por lo que podemos observar que las principales causas de ausencia de figura paterna en la actualidad son la separación, el divorcio, el abandono y/o fallecimiento del padre, el tipo de acontecimiento estresante que más a menudo provoca un trastorno depresivo es la experiencia de pérdida (Kimmer y Weiner, 1998), la depresión en respuesta a una pérdida es probable que tenga lugar cuando un ser querido, en este caso, el padre muere, se marcha o rompe una relación. Como se puede observar en los resultados arrojados, los jóvenes a los 16 y 17 años son las edades en las que más afecta la ausencia del padre, es decir, es cuando más lo necesitan.

El estudio refleja que las mujeres son mas frecuentes a tener rasgos depresivos que los hombres, aunque investigaciones han comprobado que las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión en el periodo puberal, los cambios biológicos (femeninos) son la causa primordial de la diferencia que se observa entre ambos sexos. La adolescencia es la etapa de la vida en la que el individuo deja de ser un niño para ser un adulto, todos estos cambios tanto físicos como emocionales provocan un periodo de turbulencia, como alteraciones emocionales y ligeros cambios de personalidad a lo que podemos llamar adolescencia “normal” (Calderón, 2001).

Erikson (en Papalia, 2001) afirma que la principal tarea de la adolescencia es enfrentar la crisis de identidad, para convertirse en un adulto único, esta crisis debe ser resuelta por completo en la adolescencia y con la ayuda de la figura paterna.

El estudio refleja que para el sexo masculino el haber perdido a su padre entrando a la adolescencia en edades de 16 y 17 años de edad tienden a deprimirse en un nivel de mínimo a mayor, por lo que Rice (2000), indica que cuanto más joven sea un chico en el momento de separarse de su padre, más afectado se verá posteriormente.

Para el sexo femenino ocurre algo similar y con mayor frecuencia en edades de 16 y 17 años de edad tienden a deprimirse en un nivel de depresión mínima a depresión severa que para Rice (2000) las mujeres parecen verse menos afectadas de pequeñas y más en la adolescencia; la falta de relación hombre/mujer significativas le pueden hacer más difícil relacionarse con el sexo opuesto posteriormente.

Las mujeres con padres divorciados pueden ser seductoras y en ocasiones sexualmente promiscuas, pueden llegar a tener sentimientos ambivalentes hacia los hombres por sus experiencias negativas con el padre y las mujeres en donde el padre ha muerto pueden presentar depresión pero en grado mínimo, ya que suelen ser tímidas y sentirse incómodas con los hombres, esto se debe a que no tienen mucha experiencia estando cerca de los hombres (Rice, 2000)

La correlación de Spearman nos muestra que la mayoría de adolescentes hombres y mujeres que viven únicamente con su madre y/o algún otro pariente se encuentran actualmente estudiando y significativamente hay una correlación entre el adolescente que, se siente afectado por no poder contar con su padre, sin embargo el vivir con alguna figura sustituta por algún pariente puede ser benéfico para el desarrollo del adolescente.

La familia es una parte importante dentro de la sociedad, ya que es un determinante en el apoyo al adolescente, por ejemplo, en caso de muerte de alguno de los integrantes de la pareja parental, abuelos, hermanos o tíos ayudan inmediatamente al cónyuge que haya quedado vivo y a cargo de los hijos, lo mismo ocurre en caso de abandono, divorcio o separación (Reyes, 2001).

García (en García y Campos, 2004) indica que surgen problemas en la personalidad del hijo cuando la figura esta ausente, lo que provoca desajustes en el adolescente. El papel del padre es importante no solo en lo que respecta a los vínculos emocionales, si no también influye en el desarrollo social, sexual, cognoscitivo y lingüístico a corto y largo plazo (González, Cortes y Padilla, 1996). Sin embargo, puede existir algún modelo sustituto que realice dichas funciones para compensar la ausencia de la figura paterna.

Aunque en la actualidad no son raras las familias en donde se observa la ausencia del padre, las causas pueden ser por diversos factores, tales como la separación, el divorcio, abandono o muerte. La carencia de contacto con el padre deja un déficit emocional que se encuentra en la base misma del anhelo hacia el padre, esta carencia de contacto con el padre es una de las raíces del rechazo del hijo y deja una secuela que podría ser el origen de una posterior y desesperada búsqueda de sustitutos paternos, a través de toda la vida (González, Cortes y Padilla, 1996).

Los adolescentes son los que más sufren esta ausencia, presentan a corto plazo, inseguridad, soledad y estados depresivos (Vargas y Miguel, 2001).

Un dato importante sobre la ausencia de la figura paterna, es el registro de las estadísticas compiladas de informes del Departamento de la Familia y de la Administración de Instituciones Juveniles de Puerto Rico, en donde confirman que el 63% de los adolescentes que provienen de hogares donde no esta el padre, sufren ansiedad, tristeza y depresión (García Y Campos, 2004).

Hay una diferencia, entre la pérdida del padre por divorcio o separación y fallecimiento, ya que para Kimmer y Weiner (1998), es más probable que tengan efectos negativos la ausencia del padre a consecuencia de un divorcio que de su muerte y así lo podemos ver en esta investigación, para ambos sexos en la pérdida del padre por divorcio o separación hay presencia de depresión de mayor a severa y para el fallecimiento del padre la presencia es mínima.

Cuando el padre ha desaparecido a causa del divorcio su ausencia puede significar rechazo y abandono por lo que el adolescente se siente triste, desalentado y solo, que son características mínimas de la depresión, pero que pueden llegar a ser severas e impedir realizar actividades de la vida diaria.

Los efectos de la ausencia del padre dependen de 5 factores importantes (Kimmer y Weiner, 1998):

En primer lugar, cuantos más pequeños son los hijos cuando el padre abandona el hogar, mayor es el riesgo de que resulten afectados de forma negativa. En segundo lugar, es más probable que tenga efectos negativos la ausencia del padre a consecuencia de un divorcio, separación o abandono que de su muerte. Como tercer factor, las circunstancias económicas de una familia pueden influir en su repuesta a la ausencia del padre, para lo bueno y para lo malo. En cuarto lugar, los posibles efectos negativos de la ausencia del padre pueden disminuir si otras personas están disponibles para llenar los vacíos dejados por su marcha. Los padrastros que entran en la vida del adolescente tiene efectos positivos en su desarrollo cognitivo y de la personalidad. Por último, la capacidad de la madre del niño para convertirse en única cabeza de familia y proporcionare una relación afectuosa y amorosa puede también minimizar los efectos negativos de crecer sin un padre.

Finalmente, es importante agregar que la depresión en los adolescentes tanto hombres como mujeres es típica de esta etapa, con la aparición de la pubertad; además de los cambios fisiológicos los adolescentes hombres y mujeres experimentan otros cambios cognitivos y sobre todo emocionales en muy poco tiempo, ya que se encuentran en la búsqueda de su identidad, seguridad, autonomía, el miedo de enfrentarse al rol adulto entre muchas otras características; son frecuentes los estados pasajeros de ansiedad y tristeza, esto aunado, al haber perdido la imagen paterna ya sea por divorcio, separación, fallecimiento o abandono por lo que la figura paterna es muy importante dentro de esta etapa, ya que ayuda al adolescente a formar su personalidad, independencia, seguridad, confianza y lucha por su autonomía.

## **CAPITULO 7**

### **CONCLUSIONES**

Se puede concluir que, los adolescentes hombres y mujeres con ausencia de la figura paterna presentan depresión a causa de una separación, divorcio, abandono o muerte del padre.

De tal forma que, la depresión en adolescentes es típica de esta etapa a causa de los cambios físicos y emocionales por los cuales atraviesa el adolescente en este periodo de transición, con mayor frecuencia en las mujeres. Sin embargo, en muchas ocasiones y en la actualidad la figura paterna es ausente a causa de separación, muerte, abandono o separación del padre.

Con la aparición de la pubertad, además de los cambios fisiológicos los adolescentes hombres y mujeres experimentan otros cambios cognitivos y sobre todo emocionales en un tiempo muy breve, son frecuentes los estados pasajeros de ansiedad o tristeza, Doménech (en Periñat, Iñigo, Colbs., 2003). Si a estos cambios y estados pasajeros de ansiedad y tristeza se añade la ausencia de la figura paterna, los afectos de esta ausencia en el desarrollo psicológico del adolescente pueden ir desde pequeños trastornos hasta graves patologías; pueden existir problemas en la identidad psicosexual, en la sexualidad, promiscuidad y conductas destructivas (drogas, alcoholismo, etc.).

El padre es también importante en el desarrollo del adolescente, la relación padre e hija afectiva juega un papel importante en la vida ayudando a valorarse, aceptarse y hacer fácil las relaciones heterosexuales. De la misma forma, el hijo se identifica con su padre, comparte sentimientos hacia su madre y las relaciones que posteriormente llegue a tener con las mujeres, serán más afectivas. El padre que cuida a sus hijos, que muestra interés y preocupación por ellos va a ser un adolescente con alta autoestima. En cambio, la falta del padre en los adolescentes propicia problemas en su desarrollo como inseguridad, soledad, tristeza y depresión.

Los niveles de depresión arrojados en esta investigación, muestran según la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) que hay presencia de depresión mínima a severa dependiendo la causa de ausencia del padre, como por ejemplo, el divorcio y el abandono presentan depresión severa en las mujeres, en el caso de separación o muerte hay presencia de depresión mínima y para los hombres, a causa de divorcio o abandono hay presencia de depresión moderada y a causa de la separación o fallecimiento la presencia de depresión es ligera.

Por lo que se concluye que las mujeres se ven más afectadas ante esta ausencia por los niveles de depresión que presentan y por los cambios fisiológicos por los cuales atraviesan en esta etapa.

La depresión en adolescentes hombres tienen una tendencia a mostrar una masculinidad menor, tienen autoconceptos y orientaciones a los roles sexuales no masculinos, son más independientes, menos agresivos y competentes en las relaciones con sus compañeros, cuanto más joven es el adolescente en el momento de separarse de su padre, más afectado será (Rice, 2000).

El efecto de la ausencia de un padre sobre las hijas parece ser lo contrario, ya que, las hijas parecen verse menos afectadas de pequeñas y más entrando la adolescencia. La falta de relación hombre-mujer significativas pueden hacer más difícil relacionarse con el sexo opuesto. Las mujeres cuyos padres han fallecido pueden ser excesivamente tímidas y sentirse incómodas con los hombres, probablemente por no tener mucha experiencia estando cerca de los hombres (Rice, 2000).

Si los adolescentes llegan a tener modelos sustitutos, como por ejemplo, un padrastro, un hermano mayor o un tío, etc., el adolescente se verá menos afectado, amigos mayores del adolescente pueden ser modelos sustitutos también.

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN

**INTRUCCIONES:** A continuación te presentamos una serie de preguntas, algunas de ellas las podrás contestar eligiendo una opción de respuesta, otras requieren que menciones lo que se te pide. Por favor contesta todas las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posible. Todas las respuestas son estrictamente confidenciales. **¡GRACIAS!**

1. Edad:\_\_\_\_\_
2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
3. Escolaridad:\_\_\_\_\_
4. ¿Numero de hijo que ocupas en tú familia?\_\_\_\_\_
5. ¿Con quien vives actualmente?  
Madre ( )  
Padre ( )  
Otro(s) (especifica con quien):\_\_\_\_\_
6. En caso de que no vivas con tu padre ¿Elige cual es la razón?:  
Por: Divorcio ( ) Separación ( ) Muerte ( ) Abandono ( )
7. ¿Hace cuanto tiempo?:\_\_\_\_\_
8. ¿Se te explico el motivo de por que tu papá no vive contigo?:  
Si ( ) No ( )
9. ¿Crees que te ha afectado la ausencia de tu padre?  
Si ( ) No ( ) ¿Por qué?\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Te ha hecho falta la imagen de tu padre?  
Si ( ) No ( ) ¿Por qué?\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Por favor, señala una respuesta de cada una de las 20 afirmaciones.

	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces	Puntuaciones
1. Me siento abatido, desanimado y triste.					
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.					
3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar.					
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.					
5. Como igual que antes.					
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos.					
7. Noto que estoy perdiendo peso.					
8. Tengo problemas de estreñimiento.					
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.					
10. Me canso sin motivo.					
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.					
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.					
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto.					
14. Tengo esperanzas en el futuro.					
15. Soy más irritable que de costumbre.					
16. Tomo las decisiones fácilmente.					
17. Siento que soy útil y necesario.					
18. Mi vida tiene bastante interés.					
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerto.					
20. Sigo disfrutando con lo que hacia.					
				P. Bruta	
				Índice SDS	

CONVERSION DE LA PUNTUACION BRUTA DEL INDICE DE SDS					
Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Indice SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Menos de 50	Dentro de lo normal sin psicopatología
50 - 59	Presencia de depresión mínima o ligera
60 - 69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

## BIBLIOGRAFIA

- Arieti, S., Bemporad, J. (1997). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós. Pag. 353-358.
- Arnett, J. (2007). Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque cultural. México: Trillas.
- Aberastury, A., Knobel, M. (1998). La adolescencia normal. México: Paidós.
- Arranz, E. (2004). Familia y desarrollo psicológico. España: Prentice Hall.
- Ávila, H.(2006). Introducción a la metodología de la investigación. México: Eumed.net.
- Berk, L. (1999). Desarrollo del niño y del adolescente. España: Prentice Hall. Pag. 23.
- Bassas, N., Tomas, J. (1996). Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia. España: Laertes.
- Breton, S. (1998). La depresión. México: Planeta. Pag. 8-40, 90-95.
- Calderón, G. (2001). Depresión. México: Trillas.
- Canton, J., Cortés, R. (2000). El apego del niño y sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo. Madrid: Alianza.
- Coleman, J.C., Hendry, L.B. (2003). Psicología de la adolescencia. España: Morata. Pag. 95-100.
- Castillo, G. (2002). Los adolescentes y sus problemas. México: Minos.
- Chouhy, R. (2000). Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre?. Universidad del Salvador.
- Chinchilla, A. (1999). Guía terapéutica de las depresiones. España: Masson.
- DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Masson.
- Fernández, L., Vargas, E., Rahman, G. (2000). El padre: los modos de una ausencia. Universidad Autónoma Metropolitana: Unidad Xochimilco.
- González, F.C., Saldivar, H. G., Corona, C. R. (1998). El afecto de papá: un componente para la salud emocional de los adolescentes. La psicología social en México. Vol. II. Pag. 243-347.
- González, J. Romero, J., De Tavira, F. (2000). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica del adolescente. México: Trillas. Pag. 10-13.

- González, J. Cortes, y Padilla, M. (1996). La imagen paterna y salud mental en el mexicano. México: Instituto de investigación en Psicología Clínica y Social.
- González, J. J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno. Pag. 1-33.
- González, M., Hernández, P. (1999). Investigación de la depresión en niños con figura paterna presente y ausente. Tesis. México: UNAM. Pag. 23-25.
- González, R. (2006). Propuesta de un taller desde un enfoque cognitivo-conductual para prevenir la depresión en niños escolarizados de 10 años. Tesis. México: Universidad Insurgentes.
- González, J. J. (1992). Interacción grupal. México: Planeta. Pag. 148, 149.
- González, R. (2000). Psicopatología del niño y del adolescente. España: Pirámide.
- García, E. (2003). Psicología de la infancia y de la adolescencia: guía para padres y maestros. México: Trillas. Pag. 99-102.
- García, M., Campos, M. (2004). Figura paterna, autoconcepto y la motivación al logro en adolescentes mexicanos. Tesis. México: UNAM. Pag. 27-36.
- Grau, A. Meneghello. (2000). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. España: Medico panamericana.
- Gross, R. (1998). Psicología: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.
- Horrocks, J. E. (2001). Psicología de la adolescencia. 8va. Reimpresión. México: Trillas. Pag. 894.
- Heredia, B. (2005). Relación madre e hijo: el apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil. México: Trillas.
- Ituarte, A. (2000). Adolescencia y personalidad. México: Trillas.
- Kimmer, D., Weiner, I. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. España: Ariel.
- Luna, A. (2005). Metodología de la tesis. México: Trillas.
- Microsoft ® Encarta® 2007 (DVD). Microsoft Corporation.
- Muuss, E. (2003). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- O'Connor, R. (1997). Undoing depresión. E.A.U.: Berkley. Pag. 34-36.

- Oble, M. J. (2000). Nivel de depresión social en jóvenes estudiantes de preparatoria. Tesina. Universidad Autónoma Metropolitana. Pag. 3-10.
- Padilla, T. (2001). Perfil y futuro de los padres sustitutos. Revista Anual Aletheia. IIPCS. Pag. 93, 94.
- Padilla, T., Ferrer, N. (2004). La depresión del niño de madre soltera ante la ausencia del padre. Revista Anual Aletheia. IIPCS. Pag. 77-80.
- Papalia, D. (2001). Desarrollo humano. Colombia: Mc Graw Hill. 8va. Edición.
- Perinat, A., Iñigo, A., y Colbs. (2003). Los adolescentes del siglo XXI. Barcelona: UOC. Pag. 225-230.
- Reyes, C. (2001). Imagen paterna sustituta e identificación. Tesis. México: Instituto de investigación en psicología y clínica y social. Pag. 6-20.
- Romero, N. (2004). Agresión y depresión en el bajo rendimiento académico de los adolescentes. Tesis. Universidad Insurgentes. Pag. 18.
- Rice, P. (2000). Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice Hall.
- Soutollo, C. (2005). Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. España: Universidad de Navarra. Pag. 22-24.
- Salmones, V. (2005). La depresión desde una perspectiva psicosocial. Tesis. Universidad Autónoma de Metropolitana. Pag. 9-20.
- Sampieri, R., Fernández, C., baptista, L. (2003). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.
- Shaffer, D., Waslick, B. (2003). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Ars Medica. Pag. 1-8.
- Tellez, R. (2000). Pedagogía y Psicología infantil: pubertad y adolescencia. México: Cultural.
- Vallejo, J., Gasto, C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. México: Salvat.
- Vargas, E., Miguel, R. (2001). Padre ausente y las repercusiones en el ámbito psicológico según diversas perspectivas de análisis. Universidad de Chile.
- Weissman, M. (2002). Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI. España: Ars Medica. Pag. 165-168.
- Wicks, R., Nelson, C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. 3ª. Edición. España: Prentice Hall.