



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

LA INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL APEGO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ADRIÁN LÓPEZ SANTIAGO

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. MIRNA GARCÍA MENDEZ

COMITÉ: LIC. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BAROJAS

LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ

MTRO. RIGOBERTO FERNÁNDEZ LIMA



Noviembre 2013



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.



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

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto, a pesar de todas las adversidades en las que me he encontrado; sin embargo sé que son grandes los aprendizajes que me ha dejado.

Abue, a donde quiera que estés, he llegado a culminar algo que siempre me inculcaste, gracias por TODO.

Mamá, Papá GRACIAS. Sé que hemos vivido experiencias que nos han marcado, y a mí siempre me han marcado el hecho de seguir adelante a pesar de todo como dicen "EL ESTUDIO ES PRIMERO" pero "MÁS VALE TARDE QUE NUNCA".

Hermanos. ¡Sí se pudo! los quiero mucho. Éste es un camino que si ustedes gustan caminarán en un futuro. Gracias por todo.

Dra. Mirna. No tengo palabras ni formas de cómo expresar todo lo que usted me ha ayudado. Gracias por sus consejos, sus palabras de aliento y su gran disposición para ayudar.

Agradezco a mis sinodales, Mtra. Gaby, Mtro. Lalo, Mtro. Miguel Ángel y Mtro. Rigoberto por sus valiosos comentarios y observaciones que ayudaron a terminar éste proyecto.

Lupita. Gracias por las palabras de aliento que siempre me has brindado, Gracias por compartir todo éste tiempo conmigo y soportarme. Hemos iniciado un gran camino juntos y que siempre éste lleno de bendiciones. TE AMO

Ely. Gracias por todo tu apoyo, tus consejos, eres una gran amiga, te admiro mucho ¡Sigue nunca te detengas!

Gracias también a mi universidad, que es la que me ha forjado dentro de sus aulas.

"LA MAYOR DEUDA DE GRATITUD QUE HE ADQUIRIDO EN EL CURSO DE MI VIDA, ES DE AGRADECIMIENTO, A ÉSTA UNIVERSIDAD, A ESTA INSTITUCIÓN QUE LOS UNIVERSITARIOS LLAMAMOS CON VERDAD ALMA Y CASA MADRE. ELLA ME HA PERMITIDO HACER CUANTO HE PODIDO HACER EN LA VIDA, ELLA ME HA SIDO PROTECCIÓN Y ATALAYA... ME AUTORIZA A VIVIR CON HONOR, EN LIBERTAD".

RUBÉN BONIFAZ NUÑO.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1. FAMILIA.....	6
1.1 CONCEPTUACIONES DE FAMILIA	6
1.2 TIPOS DE FAMILIA	9
1.3 LA FAMILIA MEXICANA	11
1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA	13
CAPITULO 2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	16
2.1 CONCEPTUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	16
2.2 MODELOS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	17
2.2.1 MODELO CIRCUMPLEJO.....	17
2.2.2 MODELO MCMASTER.....	20
2.2.3 MODELO ESTRUCTURAL.....	24
2.2.4 MODELO FAMILIAR DE VIRGINIA SATIR.....	25
2.2.5 MODELO TRIAXIAL	30
2.3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	35
CAPITULO 3. DEPRESIÓN	37
3.1 MODELOS PSICOLÓGICOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN	38
3.1.1 PSICOANÁLISIS	38
3.1.2 MODELO CONDUCTUAL	40
3.1.3 MODELO COGNITIVO	43
CAPITULO 4. APEGO	55
4.1 PRECURSORES DE LA TEORÍA DEL APEGO.....	56
4.1.1 JHON BOLWBY.....	56
4.1.2 MARY AINSWORTH.....	62

4. 2 APEGO ADULTO.....	64
MÉTODO	68
RESULTADOS	74
DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES	80
REFERENCIAS.....	81

RESUMEN

La familia es la primera institución en la que el ser humano nace, crece, se desarrolla y aprende. Su funcionamiento depende de los patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006). Por otro lado, la depresión es vista como una consecuencia de interpretaciones erróneas de sí mismo y del mundo (Beck, Steer & Brown, 2006). Por su parte el apego es la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas (Bowlby, 2003). El objetivo del estudio fue establecer la influencia de la depresión en el funcionamiento familiar y el apego. En el estudio participaron 321 adultos 154 hombres y 167 mujeres, con un rango de edad de 22 a 55 años ($M = 37$, $DE = 7.01$), 216 casados y 105 en unión libre, todos con hijos, de uno a 10 ($M = 2$). Se emplearon tres instrumentos: Escala de funcionamiento familiar (versión corta) (García-Méndez & Rivera, en prensa), Cuestionario de apego adulto (Alonso-Arbiol, Balluerka & Sharver, 2007) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2006). Se realizó un ANOVA simple para conocer cómo la depresión influye en el funcionamiento familiar y el apego. Se encontraron diferencias en las dimensiones de ambiente familiar positivo. Con la prueba post hoc de Schéffe el ambiente familiar positivo disminuye con depresión mínima ($M = 4.052$) leve ($M = 3.700$) y severa ($M = 3.285$). La dimensión de conflicto/desinterés se ve afectada con depresión moderada ($M = 2.775$) y disminuye con depresión severa ($M = 2.225$). En el apego se encontró que el estilo evitativo es mayor con depresión severa ($M = 3.928$) y disminuye con depresión moderada ($M = 3.594$), el estilo ansioso, se mantiene con depresión mínima ($M = 3.138$) y se incrementa con depresión leve ($M = 3.891$) y severa ($M = 4.158$). Los resultados sugieren que la depresión afecta de manera negativa el funcionamiento familiar y el apego, lo que puede provocar mayor conflicto y patrones de relación desfavorables entre los integrantes de la pareja y la familia.

Palabras clave: familia, relaciones, depresión, apego.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se encontrará en el primer capítulo una revisión de literatura de la familia, en cuanto a sus definiciones, por ejemplo, se menciona que la familia se considera como la primera y principal institución en la que el ser humano nace, crece, se desarrolla, conoce y aprende de todos sus aspectos culturales y morales que su sociedad establece; creada a partir de los lazos de parentesco, consanguinidad o por adopción; es la fuente de seguridad y apoyo, que da origen a los elementos principales que estructuran la vida del ser humano; además de que se encuentra en constantes cambios y transformaciones, lo que le permite a toda su estructura formas nuevas de adaptación y evolución.

Así mismo, para Minuchin (1995) la familia es vista como un sistema sociocultural abierto que se enfrenta a una serie de tareas evolutivas, desempeñadas a partir de los parámetros propios de cada cultura, lo que le permite ser un sistema activo con el fin de asegurar una continuidad y un crecimiento psicosocial a los miembros que la componen.

Por otro lado, en capítulo dos se brinda información, a cerca de la manera de cómo es que la familia funciona, explicando diversos modelos de gran interés, en el cual, cada uno expone los componentes para un buen funcionamiento. Que como se conoce, la familia se enfrenta a diversos cambios, sin embargo, un manejo inadecuado de aquellas circunstancias puede derivar en problemas emocionales, como lo es la depresión. En éste sentido, en el tercer capítulo se abarcaran aproximaciones teóricas que dan una prognosis acerca de la depresión.

Aunado a lo anterior, Escobar (2008) y Vázquez (1990) mencionan que el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes en los seres humanos en el que existe un sentimiento de desdicha que es acompañado de diversas sensaciones que ponen a las personas en estados de desesperanza frente a una realidad aparentemente sin sentido.

La consecuencia dentro de la estructura familiar de presentar síntomas depresivos, se ve reflejada de manera negativa en cuanto a la hostilidad y al

establecimiento de reglas, ya que al existir un nivel mayor de depresión hay una tendencia a incrementarse las relaciones hostiles y la manera de establecer las reglas es menos clara, aumentan las interacciones negativas, los conflictos familiares y baja cohesión familiar.

Por otro lado encontramos que el ser humano tiene una necesidad primaria de buscar y mantener contacto con otro. A éste vínculo afectivo se le ha denominado apego (Bowlby, 1993) dicho vínculo es manifestado por un sistema de conducta cuyo fin es la conservación de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él para así asegurar su protección.

Además de que el apego se ve reflejado en las etapas de la vida, se considera, que los patrones de apego permean las relaciones interpersonales futuras, debido a que la formación de sus vínculos con su primer cuidador constituyen la base que le permitirán crear diversas estructuras para enfrentar situaciones estresantes. Estos, son aspectos abarcados en el capítulo cuarto, basándose principalmente en las explicaciones dadas por los principales precursores del estudio del apego infantil y el apego adulto.

Posteriormente, en los siguientes apartados se detalla la manera de la realización del estudio y los resultados obtenidos de éste.

“Familia, un proyecto para hacer seres humanos... humanos”. Virginia Satir

CAPITULO 1. FAMILIA

El primer lugar donde las personas conocen y aprenden de sus costumbres, desarrollan habilidades y existen siempre lazos afectivos que los une. Y es también donde se adquieren habilidades para enfrentar el devenir de la vida.

1.1 CONCEPTUACIONES DE FAMILIA

El término familia, así como su función en la sociedad, ha tenido diversas variaciones a través de la historia. Etimológicamente la palabra familia, proviene del latín *famulus*, servidor, la cual designaba a un conjunto de esclavos y servidumbre que viven bajo un mismo techo, y en consecuencia a la casa entera; amo, por una parte, y mujer, niños y servidores por otra bajo su denominación. Por extensión del término, *familia* ha llegado a designar a los *agnati*, parientes paternos, y a los *cognati*, parientes maternos, los cuales se han convertido en sinónimos de *gens*, descendientes de un mismo ancestro o conjunto de los parientes de sangre. Donde estas diversas unidades se reúnen actualmente bajo el vocablo familia (Garza, 2009).

Como se puede observar, tratar de definir la palabra familia, es un tanto complejo, ya que de dicha expresión surgen diversos nominativos, y esta depende del enfoque y del contexto con el que se analice, —social, biológico, económico, antropológico, jurídico, psicológico, etc.— En el contexto social la familia es concebida como una forma básica de organización sobre la que se ordena y da un soporte a la sociedad, el campo biológico mencionará que la familia tiene como función prioritaria la permanencia de la especie, el factor económico menciona que la familia permitirá la diferenciación de tareas y la previsión de necesidades materiales, en tanto que la antropología la señala como una pequeña parte de una estructura social en vigencia que tiene como principal función: la cooperación económica, la socialización, educación y la reproducción. Para la parte jurídica, la familia es un conjunto de personas que

poseen derechos interdependientes y recíprocos a partir de la unión sexual y la procreación de estos, sin embargo para la psicología, surgen un sin fin de enunciaciones de lo que nos refiere éste término (Condori, 2002; Ackerman, 1982, en Eguiluz, 2003).

Por ejemplo, Garza (2009) menciona que la familia se presenta como una institución, unidad social o como un grupo de personas, las cuales conviven y comparten intereses comunes, unidos por lazos parentales tales como: hijo, padres, hermanos, abuelos, tíos, etc., en donde cada ser humano, encuentra un entorno de afecto adecuado para su crecimiento tanto moral como espiritual, provee de bienestar, reproducción, cuidado, desarrollo, afecto, socialización, satisface las necesidades de sus miembros además de ser la unidad primaria de salud.

Ares (2002) propone que es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

En cuanto a Satir (2005) menciona que la familia puede ser el sitio donde se encuentra amor, comprensión y apoyo, aun si falla todo lo demás; el lugar donde se puede recuperar energías y refrescarse para enfrentar con mayor eficacia el mundo exterior.

Por su parte Fernández (2008), menciona que es la familia el lugar primario de la "humanización" de la persona, la primera sociedad natural, titular de derechos propios y originarios. Nacida de la íntima comunión de vida y de amor conyugal, fundada sobre el matrimonio entre una pareja, posee una específica y original dimensión social, en cuanto al ser el lugar primario de las relaciones interpersonales, célula primera y vital de la sociedad. Además puede ser definida por los tipos de relaciones interpersonales entre sus miembros (conyugal, paterno-maternal, filial y fraternal) y es la fuente tanto de salud como de enfermedad psicológica de sus miembros, la cual depende de las configuraciones e interrelaciones sociopsíquicas que se establecen en su seno y operan al servicio de la adaptación saludable o enfermiza de los mismos.

Por otro lado, Eguluz (2003) menciona que la familia en el modelo sistémico es vista como un sistema compuesto por otros subsistemas, esto es, que la familia es una unidad interactiva que se compone de diversas partes y que estas partes ejercen interacciones recíprocas, donde cada parte del sistema se comporta de manera diferenciada y al mismo tiempo influye y es influida por otras partes que forman el sistema.

Los subsistemas que forman ese sistema familiar son: el subsistema conyugal, que está comprendido por ambos miembros de la pareja; el subsistema parental, conformado por los padres con los hijos y el subsistema fraterno que se constituye por los hijos.

En congruencia con lo anterior, Minuchin (1995), menciona que la familia es vista como un sistema sociocultural abierto y en transformación, además de ser una unidad social que enfrenta una serie de tareas evolutivas, desempeñadas a partir de los parámetros propios de cada cultura, que mantiene raíces universales. Lo cual refiere que la familia es un sistema activo que permite estar en una constante transformación, esto con el fin de asegurar una continuidad y un crecimiento psicosocial a los miembros que la componen.

El modelo psicoanalítico menciona a la familia como marco de crecimiento emocional, esto es, un grupo muy especial que se ha institucionalizado con la tarea de ser una matriz parental con dos sistemas inconscientes en su interior, el continente o sistema parental y el contenido o sistema filial, ambos en una relación simétrica estable. Desde éste punto de vista, la familia es una estructura viva y única, que participa y da forma al aparato mental de cada uno de sus miembros, sobre todo en lo que respecta a los niños (Thomas, 1987, en Salvador, 2009).

El modelo conductista aplicado a la familia, está basado en el establecimiento y manipulación de relaciones funcionales entre estímulos antecedentes, conductas y consecuentes, esto es, el estímulo siempre está asociado a que la conducta vaya seguida de un determinado resultado. El método característico de éste enfoque se basa en la sustitución de conductas inadaptadas por adaptadas, y asimismo como mencionan Millán y Serrano (2002) que la

conducta anormal es mantenida y controlada por las variables en el ambiente familiar que las desarrollaron, y que su intervención va a ir encaminada hacia la modificación de la conducta problema pero desde la intervención familiar.

Por otro lado el instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI) (2010) señala que la familia se circunscribe a compartir el mismo techo, el presupuesto para comer y al hecho de que por lo menos alguna persona tenga vínculos de parentesco con el jefe del hogar, ya sea conyugal, consanguíneo o político.

De forma general se observa que la familia continúa como una organización básica para los seres humanos y que está unida a lazos de parentesco, consanguinidad o adopción, fuente de seguridad y apoyo que da origen a los elementos principales que estructuran la vida del ser humano.

1.2 TIPOS DE FAMILIA

En la actualidad la estructura de la familia es muy diversa y plural, ya que no existe una sola forma de organización familiar, sino que la población se organiza de distintas maneras y presenta diversas estructuras (González & González, 2005; Valdivia, 2008). Dichas estructuras responden al desarrollo y evolución del entorno tanto social, demográfico, económico y cultural que da lugar a una amplia gama de agrupaciones familiares, que son descritas por diversos autores.

Giberti (2007), Mujika (2005) y Robles (2003), coinciden en que existen diferentes formas en que se estructura la familia:

- La familia original o biológica, que hace referencia a los miembros de la familia según la consanguinidad.
- La familia nuclear, también llamada tradicional, que está conformada por la presencia de un hombre y una mujer, unidos por matrimonio y que comparten un espacio físico y un patrimonio común, donde se generan compromisos, relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia entre sus miembros.

- La familia extensa, es aquella formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos, éste tipo de familias puede incluir abuelos, tíos, primos, además de otros parientes consanguíneos.
- La familia compuesta, reconstituida o ensamblada, son aquellas donde al menos uno de los cónyuges proviene de alguna unión familiar anterior, estas también son conocidas como familias bifocales o multiparentales. Los puntos de partida de estas familias pueden ser: la muerte de uno de los cónyuges, el divorcio previo de uno o de los dos miembros de la díada marital o el abandono de la pareja
- La familia conjunta o multigeneracional, ésta se presenta a partir de que los más jóvenes de la familia incorporan a ella a sus propios cónyuges e hijos, en lugar de formar un núcleo familiar independiente, de convivencia simultánea entre varias generaciones en un mismo espacio vital.
- La familia homosexual, constituida por dos padres o por dos madres homosexuales. En éste modelo se rompe el vínculo “sexualidad-reproducción” y también la obligación de que los/as progenitores/as sean de diferente sexo. Permanecería la concepción (en muchos casos vía nuevas tecnologías), el engendramiento, la filiación y la alianza a través del matrimonio o pareja de hecho.
- La familia sin hijos, se da con la vinculación de dos personas, donde se puede establecer por decisión de ambas partes o por imposibilidad de engendrar, sin que la adopción de una criatura forme parte de su proyecto.
- La familia desintegrada, sus miembros no se hayan suficientemente unidos y su identidad ha sufrido un severo deterioro.
- Las familias acogedoras o sustitutas, son las que se hacen cargo de los hijos cuyos padres no están en condiciones de ocuparse de ellos.

1.3 LA FAMILIA MEXICANA

Al explicar a la familia en la cultura mexicana y desde una postura psicológica habrá que retomar el trabajo realizado por Rogelio Díaz-Guerrero (1994), quien inicia los estudios empíricos confiables sobre el mexicano en el siglo XX, al postular que la cultura en donde los individuos crecen les proporcionará los fundamentos, la estructura y las normas de comportamiento que son aceptables y deseables. A esta sociocultura la define como un sistema de premisas interrelacionadas como son: las normas, reglas, roles, etc., las cuales se encargan de gobernar los sentimientos e ideas y que además estipula la jerarquía de las relaciones interpersonales, los tipos de roles que deben ser cumplidos y las reglas para la interacción de los individuos, es decir, la cultura es la que se encarga de dirigir y determinar el comportamiento social del individuo a medida que éste crece.

Además de lo anterior, también señala que es evidente el papel primordial de la familia en la cultura mexicana ya que de las premisas surgieron dos proposiciones en torno a ésta; una que señala el poder y la supremacía del padre y la segunda el amor y sacrificio absoluto y necesario de la madre. Esta sociedad se encuentra cimentada en una estructura jerárquica, el respeto hacia los otros y en especial a los padres y los parientes; tanto hombres como mujeres tienen la creencia de que es más importante la satisfacción de las necesidades de los otros antes de la de ellos mismos y hacen una preferencia por la automodificación como un estilo de enfrentamiento (Díaz-Loving, 2008).

En estudios que se han realizado acerca de la familia mexicana se puede encontrar que ha habido cambios como es el hecho de que las mujeres al tener mayor educación tienen una visión más autoafirmativa, mayor desarrollo de la autonomía, una perspectiva más equitativa, hay una mayor aceptación a las prácticas homosexuales, aceptación a la igualdad laboral e intelectual entre hombres y mujeres, en el caso de los hombres hay una mayor apertura sexual pero contradictoriamente aprueban normas contra la homosexualidad; como es el hecho de que los hombres son menos abiertos hacia la equidad del trabajo en el hogar y las mujeres se encuentran más abiertas a las normas y creencias que apoyan las prácticas sexuales fuera del matrimonio, la virginidad hasta el

matrimonio y de recibir la protección de los hombres (Díaz-Loving, 2011; Díaz-Loving, Rivera, Villanueva & Cruz, 2011)

Aunado a esto, como señala Esteinou (2001, en Velázquez, Silva, Garduño y Luna, 2008) las familias mexicanas han estado expuestas a cambios, tanto, económicos, demográficos como socioculturales, no obstante, estos factores no han afectado por igual a todas las familias de la República Mexicana, sin embargo los cambios encontrados son: que tanto el padre como la madre trabajan fuera del hogar, el descenso en la tasa de fecundidad, la disolución de las uniones, mayor esperanza de vida, cambios en la nupcialidad, dando como resultado que se modifiquen las estructuras familiares, el tipo de relación establecida en el hogar y la resignificación de roles de cada miembro.

Asimismo como señala García-Méndez (2007), con el paso del tiempo, el nivel escolar, la aculturación y las historias de vida han hecho que se modifiquen las relaciones familiares. Además se ha originado el incremento de familias que son encabezadas por las mujeres, esto en relación con las estadísticas del INEGI (2010) que señalan que de 100 hogares 77 son dirigidos por un hombre y 23 son dirigidos por una mujer.

Asimismo, en la sociedad mexicana y en el interior de cada uno de los grupos sociales que la integran se entremezclan nuevas formas de organización familiar (Tuirán, 2001), por ejemplo, el INEGI hace una descripción de los tipos de arreglos familiares que se tienen en esta cultura, tomando como referencia la presencia o ausencia de los miembros del núcleo familiar del jefe o la jefa o a saber del cónyuge o de los hijos, en estos hogares puede o no haber otros parientes del jefe. Menciona que la gran mayoría de los hogares son familiares (90.5%) y el 97.3% de la población constituye parte de estos hogares. Se tiene también hogares no familiares (9.3%) que son conformados por los hogares unipersonales o grupos de personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar (hogares corresidentes). Los hogares familiares son los que tienen relación de parentesco entre sus miembros, estos se pueden dividir en hogares monoparentales, biparentales y los nucleares, que representan el 70.9% del total de los hogares, también se encuentran los hogares ampliados (que son

personas que viven en hogares nucleares pero se incorpora otro pariente) y los hogares compuestos (donde se incorporan personas que no tienen ningún parentesco con el jefe del hogar) representa un 28.1% de los hogares familiares, como a continuación se presenta en la figura 1.

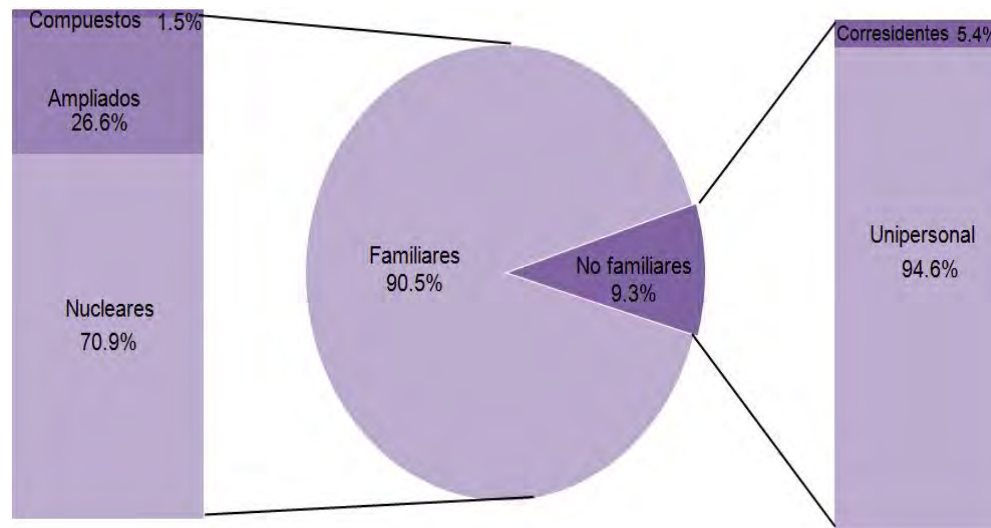


Figura 1. Distribución porcentual de los hogares por tipo y clase 2010.
Fuente. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos.

Como menciona Eguiluz (2003), la familia se encuentra en un constante cambio y se acopla a partir de los distintos momentos de desarrollo por los que atraviesa, por ejemplo, la familia que está recién conformada y con un recién nacido necesita para mantener su unión y desarrollo, un esfuerzo distinto que si tuviera hijos adolescentes y adultos.

1.4 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El ciclo de vida se refiere a los diferentes procesos por los cuales atraviesan los miembros de una familia que son quienes comparten una historia en común. Barquero y Trejos (2003) y Eguiluz (2003) coinciden al describir al ciclo vital como un proceso de diversas fases o etapas por las que atraviesa la familia, que va desde la constitución de un núcleo inicial y el paso por distintos momentos de cambio de acuerdo al grupo inicial y a las diferentes edades de sus miembros, hasta la disolución de dicho núcleo o su dispersión en nuevos núcleos y arreglos familiares, por lo que el paso de una fase a otra está

permeado por un período de inestabilidad y de crisis, además de generar oportunidades para realizar cambios, nuevas adaptaciones y el desarrollo de los integrantes del sistema familiar, mediante; el ajuste, la reorganización de los papeles que cada integrante desempeña y la adaptación de nuevas reglas (Rage, 1997).

A continuación, algunas propuestas que describen los componentes del ciclo vital:

Estrada (1997) dividió éste ciclo en seis etapas, que son fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia:

- 1ª. Etapa: Desprendimiento, se da a partir que el adolescente abandona el hogar paterno y busca un compañero fuera de su familia.
- 2ª. Etapa: Encuentro, se trata de lograr cambiar los mecanismos que proveían seguridad emocional por uno que incluya al compañero y así mismo. En esta fase hay la posibilidad de aceptar al cónyuge, la compartición de secretos, misterios y un nuevo rol.
- 3ª. Etapa: Los hijos, es llegada del primero de ellos lo que da la pauta para realizar una reestructuración en el contrato matrimonial y en las reglas familiares, comienza el vínculo con el mundo exterior a través del bebé y se debe aprender comportamientos parentales.
- 4ª. Etapa: La adolescencia, aquí se pone a prueba la flexibilidad de la familia ya que es afectado el estado emocional de todos los miembros por las dificultades que se presentan. Los padres entran al climaterio y las madres comienzan con la menopausia. Hay problemas comunes de identidad y rebeldía en los adolescentes.
- 5ª. Etapa: El reencuentro, se conoce también como nido vacío y hace referencia a la adultez de los hijos y a su ausencia del seno familiar para formar otra, estudiar fuera o trabajar.

6ª. Etapa: La vejez, por un lado existe el temor por éste periodo y por el otro se disfruta de la nueva relación con los nietos. Se requiere de la aceptación de las capacidades y limitaciones.

Eguiluz, (2003) menciona que la relación de pareja inicia con la relación de dos individuos distintos que forman un nuevo sistema, plantea cinco momentos del ciclo vital:

- 1º. Enamoramiento y noviazgo, en esta etapa la nueva pareja negocia poco a poco las pautas de relación, intimidad, comunicación, límites y las formas de resolver las diferencias. En éste periodo hay una mayor convivencia.
- 2º. Matrimonio, la relación se formaliza mediante un contrato matrimonial.
- 3º. Llegada de los hijos, el nacimiento del primer hijo tiene una fuerte influencia en la relación conyugal, ya que se requiere de un aprendizaje del nuevo rol de ser padre y madre.
- 4º. Hijos adolescentes y adultos, el sistema familiar debe ser flexible en esta etapa, en cuanto a las normas y se debe delegar responsabilidades a los hijos, a la vez que permita su autonomía e independencia.
- 5º. Vejez y jubilación, esta etapa sucede a partir de que los hijos dejan el hogar paterno, y se trata de retomar la relación conyugal además del retiro laboral de uno o ambos miembros de la pareja.

Es importante considerar que para atravesar por estos momentos de la vida se necesita de dos fuerzas aparentemente contradictorias, que son la capacidad de transformación que permite el cambio, como puede ser la tensión generada por el paso de una etapa a otra; y la tendencia a la homeostasis que mantiene la constancia obtenida a partir de un proceso de ajuste y adaptación de las condiciones internas y externas de los miembros de la familia (Eguiluz, 2003).

“Cuando la familia cuida de sus integrantes, los integrantes cuidarán de su familia”. L. S. A.

CAPITULO 2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Anterior al funcionamiento familiar con algún sustento empírico, se conocían algunas concepciones o teorías que trataban de describir la dinámica conyugal y familiar, las cuales, a grosso modo, identificaban en las relaciones maritales y familiares cuáles eran aquellos procesos necesarios para conseguir una relación marital armoniosa y funcional. Fue hasta 1975 que se comienza a tratar éste tema con un sustento empírico, y a partir de esto, mencionan Polaino-Lorente y Martínez (2003) que al funcionamiento familiar le concierne trabajar es en dos aspectos:

El primer aspecto se refiere a la parte teórica que trata de establecer las variables definitorias de la dinámica familiar, entendida ésta como lo que es o tiene la familia respecto de su funcionamiento. Éste primer aspecto tuvo orígenes dentro del contexto de la terapia familiar, en particular en la teoría general de los sistemas descrita por Von Bertalanffy, y el segundo aspecto es conocer qué estrategias emplea la familia ante los eventos estresantes, como referencia, se encuentran las investigaciones realizadas por Otto (1962, en Polaino-Lorente & Martínez, 2003) acerca de las diversas fuerzas que puede tener la familia, y a partir de éste se procedió a realizar diversos estudios que examinaban los recursos de los que puede disponer una persona, matrimonio o la familia, vista como un todo o sistema social.

2.1 CONCEPTUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A partir de lo anterior surgieron diversas concepciones y fundamentos teóricos acerca del funcionamiento familiar. Entre las concepciones se encuentra la que da Polaino-Lorente y Martínez (2003) en la que explican que es un sistema estructural e interactivo, por otro lado, García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-

Lagunes & Díaz-Loving, (2006) lo definen como el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven.

Por su parte Palomar (1998) lo refiere como patrones de comportamiento de la familia de acuerdo a una serie de dimensiones como la cohesión, la comunicación, los roles, la estructura de poder, la resolución de conflictos, el involucramiento, la expresión de los afectos y el control de la conducta.

La funcionalidad familiar es el modo como se comportan unos con otros y la calidad de las relaciones entre sus miembros (Reyes, Valderrama, Ortega y Chacón, 2010).

Zaldivar (2008) menciona que el funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados como son: la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirve para enfrentarse a las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales, la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual.

Y entre algunos de los modelos teóricos dedicados a la evaluación de la familia se encuentran los siguientes:

2. 2 MODELOS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

2. 2. 1 MODELO CIRCUMPLEJO

Éste modelo surge a partir de los estudios realizados de Olson, Sprenkle y Russell a finales de los setentas, para tratar de establecer una conexión entre la investigación, la práctica y la teoría. El modelo menciona que la dinámica familiar se da a partir de tres dimensiones: la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación (Nogales, 2007).

Los primeros estudios realizados en el modelo dieron paso al surgimiento de una escala llamada *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)* en 1980, y posteriormente de tres versiones diferentes (FACES II, FACES III Y FACES IV). El modelo inicialmente constaba de dos dimensiones: la cohesión y la adaptabilidad y posteriormente se incorporó la comunicación, como una variable facilitadora.

Martinez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz (2006) y Olson (1988, 2000) mencionan que tanto la cohesión como la adaptabilidad son variables curvilíneas, que da como resultado, que los niveles extremos de estas dimensiones sean disfuncionales y los niveles moderados se encuentren relacionados con un buen funcionamiento familiar. El modelo final, está constituido por 16 tipos de sistema conyugal y familiar que se presentan en la figura 2.

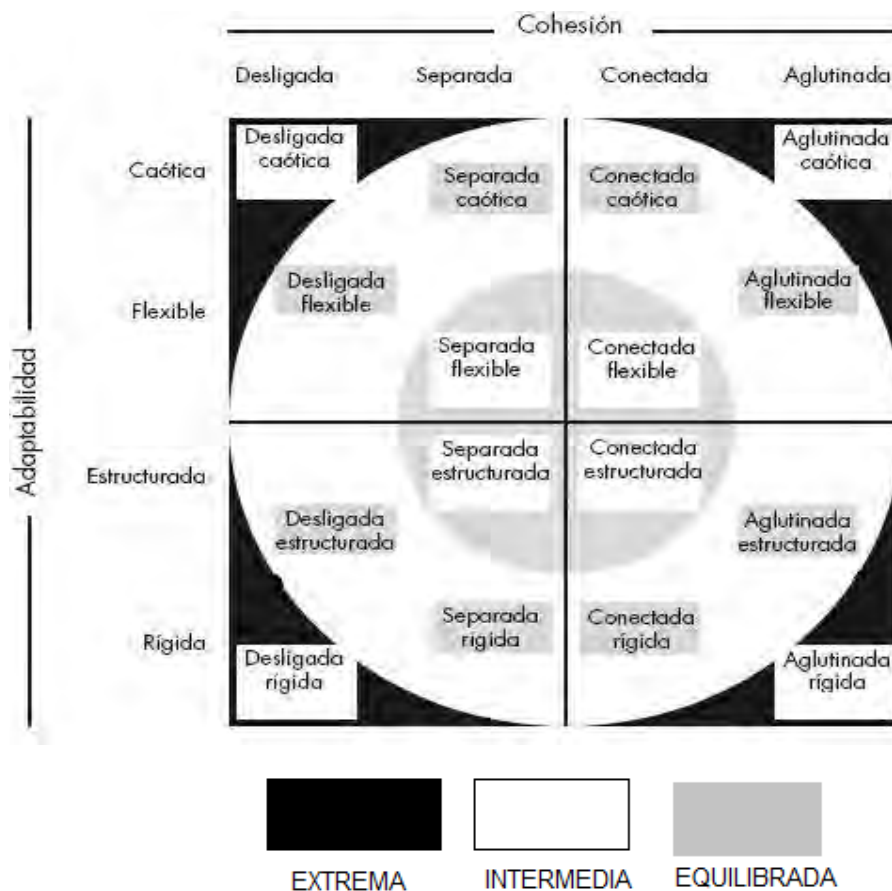


Figura 2. Modelo circumplexo del funcionamiento familiar.

La *cohesión* se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen uno hacia otro, algunos de los conceptos específicos o variables que se pueden utilizar para diagnosticar y medir las dimensiones de ésta dentro de la familia son: la vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y las actividades recreativas. De ésta dimensión se desprenden cuatro niveles: desconexión (muy bajo), separados (bajo a moderado), conectado (moderado a alto) y enredado (muy alto). Existe la hipótesis de que el nivel central o equilibrado de la cohesión (separada y conectada) es óptimo en el funcionamiento familiar y los extremos o los niveles desequilibrados (enredados o desconectados) se considera generalmente como un problema para las relaciones en el largo plazo.

La dimensión de *adaptabilidad* se entiende como la cantidad de cambios que se tienen en el sistema marital y familiar en cuanto a los roles de la relación, el liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación y reglas de relación. Los cuatro niveles que esta dimensión tiene son: rígido (muy bajo), estructurado (menor a moderado), los flexibles (de moderado a alto) y caótica (muy alto). Al igual que con la cohesión, se menciona que el centro de equilibrio de los niveles de flexibilidad (estructurado y flexible) es más propicio para el buen funcionamiento conyugal y familiar y los extremos (rígidos y caóticos) son más problemáticos para las familias, mientras se mueven a través de su ciclo de vida.

Y la *comunicación* es considerada como una dimensión facilitadora, ya que permite el movimiento en las otras dos dimensiones y no es graficada dentro del modelo. Dentro de la pareja y familia la comunicación es medida a partir de las habilidades de escucha, expresión oral, la auto-crítica, la claridad, el respeto y la consideración de los mensajes. Se ha encontrado que mientras se tenga una buena comunicación será más equilibrado el sistema en comparación de tener una mala comunicación el sistema se encontrará en desequilibrio.

2. 2. 2 MODELO MCMMASTER

Éste modelo se ha desarrollado por más de 25 años, surgió a partir de tres proyectos de investigación diferentes. El primero fue en 1950 en la universidad de McGill en el artículo “The Silent Majority; Families of Emotionally Healthy Children” (Westley & Epstein, 1970 en Atri y Zetune, 2006), en dicho artículo se menciona que la familia al funcionar como un sistema es un factor importante para la determinación de la salud emocional de cada uno de los miembros de la familia. Éste proyecto tuvo como objetivo estudiar la organización familiar y la salud emocional de los estudiantes universitarios.

Posteriormente en la década de los 60’s se investigó sobre la relación entre el proceso terapéutico con las familias.

Y el tercer periodo de su evolución ya como modelo del funcionamiento familiar de McMaster, utiliza el enfoque de la teoría general de los sistemas y se trata de describir la estructura, la organización y los patrones transaccionales de la unidad familiar que permite examinar a las familias desde un funcionamiento sano hasta lo severamente patológico (Epstein, Bishop & Levin, 1978), además de la elaboración del instrumento de evaluación Family Assessment Device (FAD) y el tratamiento eficaz de las familias y para su uso en investigaciones (Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein, 2000).

Éste modelo se basa en los siguientes supuestos de la teoría de los sistemas:

- 1.- Todas las partes de la familia se encuentran interrelacionadas.
- 2.- Una parte de la familia no puede ser entendida por separado del resto del grupo familiar.
- 3.- El funcionamiento familiar no puede ser entendida por separado de cada uno de los miembros o del grupo familiar.
- 4.- La estructura y la organización de la familia son factores importantes que influyen fuertemente en el comportamiento de los miembros de la familia.
- 5.- Los patrones transaccionales del sistema modelan el comportamiento de los miembros de la familia.

Sus dimensiones o áreas del funcionamiento familiar se dividen de la siguiente manera:

Resolución de problemas: es la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que se mantenga un funcionamiento familiar efectivo. Atri y Zetune (2006) y Miller (*et al*) mencionan que hay dos tipos de problemas familiares: los de tipo instrumental y los afectivos.

Los de tipo instrumental están relacionados con aspectos de la vida diaria (alimentación, dinero, ropa, casa, transporte, etc.) y los afectivos son vinculados con aspectos emotivos (depresión, amor, miedo, etc.).

El modelo identifica siete pasos en el proceso de resolución de problemas (Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein, 2000):

1. Identificación del problema: que es la capacidad que tiene la familia para identificar de manera eficaz el problema.
2. Comunicación del problema a la persona adecuada.
3. Implementar alternativas de acción que depende de la naturaleza del caso.
4. Elegir una alternativa.
5. Llevar a cabo la acción que la familia decidió hacer.
6. Verificar que la acción que se decidió sea cumplida.
7. Evaluación por parte de la familia de su propio éxito al solucionar los problemas además de aprender de la situación y la capacidad de reconocer los propios errores.

Comunicación: es el intercambio de información que se da en la familia. Evalúa dos aspectos de esta dimensión: la comunicación clara vs. Confusa y comunicación directa vs. Indirecta. La primera es entendida como la precisión con que el contenido de la información es intercambiada, es decir, el contenido es claro o es difuso y en el segundo que el mensaje esté dirigido a la (as)

persona (s) correctas o si se desvía hacia otra persona. De esto se desprenden cuatro estilos de comunicación:

1. Clara y directa.
2. Clara e indirecta.
3. Confusa y directa.
4. Confusa e indirecta.

Además, Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000) mencionan que mientras más deficientes sean los patrones de comunicación en la familia, habrá mayor disfunción en ésta, en comparación a tener una comunicación más clara y directa se logrará un mejor funcionamiento en la familia.

Roles: hace referencia a los patrones de conducta por medio de los cuales son asignadas las funciones de cada integrante de la familia, éstas están divididas en dos áreas: las instrumentales y las afectivas, que además son divididas en funciones familiares necesarias y no necesarias, de las cuales son identificadas cinco:

1. Manutención económica: el abastecimiento económico como la ropa, comida, et.
2. Afectividad y apoyo: tiene que ver con el proporcionar cuidados, afecto confianza y comodidad.
3. Gratificación sexual adulta: que es la obtención de la satisfacción personal en las relaciones sexuales.
4. Desarrollo sexual: apoyo a los integrantes de la familia a que obtengan habilidades para su desarrollo personal.
5. Tareas relacionadas con el desarrollo físico, emocional, educativo y social de los niños y de los adultos.

Involucramiento afectivo: hace referencia a la calidad que el sistema familiar muestra en cuanto a las actividades e intereses de cada uno de sus miembros. Esta dimensión se divide en seis tipos:

1. Ausencia de involucramiento en los intereses y actividades de los demás.
2. Involucramiento desprovisto de afecto.
3. Involucramiento narcisista, donde sólo se espera un beneficio propio a partir del otro.
4. Empatía, existe un verdadero interés por las actividades del otro.
5. Sobre involucramiento, existe un excesivo interés por el otro.
6. Simbiosis, interés muy excesivo por el otro, patológico, en el cual difícilmente se establecen límites.

Respuestas afectivas: es la habilidad que la familia posee para responder a una situación. Existen dos tipos de afectos, los de bienestar (afecto, felicidad, etc.) y los de crisis (coraje, miedo, tristeza, etc.).

Control de conducta: son los patrones que la familia adopta al manejar un comportamiento y esta depende a la situación. Y la familia puede adoptar alguno de los cuatro tipos de control:

1. Conducta de control rígido, donde exista poca negociación y las normas son muy cerradas.
2. Control de conducta flexible, en el cual existe negociación y cambio de acuerdo a la situación.
3. Control de conducta laissez-faire (dejar de hacer), hay una total extenuación en los patrones de control.
4. Control de conducta caótico, el sistema familiar no sabe qué tipo de normas aplicar ni existe algún tipo de negociación.

Se considera que el control de conducta flexible es el más efectivo en comparación con el caótico.

2. 2. 3 MODELO ESTRUCTURAL

Éste modelo terapéutico, surge a partir de los estudios realizados por Salvador Minuchin en los 70's. Se centra en la estructura de la, ya que todos los procesos que el sistema tiene se ven reflejados en éste (Ochoa de Alda, 1995).

La estructura familiar es entendida como el conjunto invisible de demandas funcionales, que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia y funcionan a través de pautas transaccionales, es decir, la manera de actuar crea pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién se relaciona (Minuchin, 1995).

Estas pautas se mantienen a partir de dos sistemas de coacción: el primero que es llamado genérico y que implica las reglas de organización de la familia (jerarquías de poder y complementariedad), y el segundo es el idiosincrásico que se refiere las expectativas que existen entre cada uno de los miembros. Al existir desviaciones en alguna de estas pautas se provocará un desequilibrio en el sistema, a lo que su estructura debe ser capaz de adaptarse y transformarse a modo de permitir enfrentarse a las nuevas circunstancias.

La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas en donde cada individuo pertenece a alguno de estos, además posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades diferenciadas. Estos subsistemas se forman ya sea por el sexo, la generación, sus intereses o funciones:

- Subsistema conyugal: está constituido por dos adultos del sexo opuesto unidos con la intención de construir una familia. Para su buen funcionamiento se requiere de la complementariedad y acomodación mutua.
- Subsistema parental: se inicia con la llegada del primer hijo por lo que hay una adaptación a los nuevos factores de socialización y la capacidad de proporcionar alimentación, guía y control dependiendo del desarrollo del niño.

- Subsistema fraterno: es la relación de los niños con sus iguales, en el que se aprende la negociación, la cooperación, la competencia, amistades y aliados también, es en éste momento en el que se aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente.

Asimismo, para que el sistema funcione de manera adecuada son necesarios los límites, estos, se forman a partir de reglas que definen quiénes y de qué manera participan en el subsistema y su función recae en proteger la diferenciación del sistema. Estos límites deben ser claros, ya que permite a los miembros tener un buen desarrollo en sus funciones y un contacto adecuado con los demás integrantes. Minuchin, establece claves para clasificar y diferenciar los tipos de límites y menciona que a partir de esto las familias pueden situarse en un punto de un continuum cuyos extremos son los límites rígidos y los límites difusos, manifestando que el situarse en un punto medio con límites claros es lo más favorable, ya que encontrarse en los extremos indicaría áreas de posibles patologías.

2. 2. 4 MODELO FAMILIAR DE VIRGINIA SATIR.

Virginia Satir (2005) menciona que en la vida familiar hay solamente una pequeña parte de su totalidad que es percibida, y el desconocer la otra parte (necesidades, sentimientos, normas), puede llevar a ésta por un camino de dificultades.

En éste sentido, la familia se entiende como el lugar donde se aprende; el amor, la comprensión, valores, apoyo, adaptación, herramientas para enfrentarse de una mejor manera al mundo exterior además de conservar lo que para él es útil. Lo que da como resultado, personas físicamente saludables, mentalmente despiertas, sensibles, auténticas, críticas, productivas y afectivas.

Pero algo es indiscutible, y es que, en las relaciones familiares existen situaciones complejas que éste sistema debe modificar para reducir problemas y así aumentar la vitalidad y alegría en los momentos de convivencia.

En éste sentido, hace una clasificación de los tipos de familias a partir de sus características de convivencia que llevan a cabo:

Familias nutridoras: su convivencia es de total sinceridad, amor, honestidad, no tienen miedo a equivocarse, sus expresiones son de tranquilidad, cada uno de sus integrantes es tomado en cuenta, existe la demostración de afecto, sentimiento de libertad para demostrar sus emociones, se adaptan fácilmente a los cambios y los padres son percibidos como guías.

Familias conflictivas, se caracteriza por tener un ambiente de incomodidad, frialdad, extrema cortesía, secretos y además alguno de sus integrantes padece una salud mala física.

Familias problemáticas, su relación es de total tensión, sus cuerpos son rígidos, existe tristeza, no saben escucharse ni comprenderse, hay poca amistad, no hay alegría, no disfrutan de su compañía, no hay tolerancia; su sentido del humor es amargo, sarcástico, crueles y los padres se centran en los deberes de los hijos sin llegar a conocerlos.

Satir (2005) menciona que para que la vida en familia funcione debe existir un equilibrio en cuatro aspectos muy relevantes:

1. La autoestima: que son todos aquellos sentimientos que se tiene sobre sí mismo. Las personas que tienen una autoestima alta se perciben con importancia, se sienten más íntegros, son más honestos, responsables, amorosos y comprensibles; su confianza y esperanza los lleva a tomar mejores decisiones; sus momentos de dificultad son percibidos como temporales y sus relaciones interpersonales son buenas. En comparación con las personas que tienen una autoestima baja, se perciben sin importancia, menospreciadas y engañadas por los demás, se ocultan tras la soledad; son apáticos, indiferentes consigo mismos y con los demás lo que provoca desconfianza y aislamiento.
2. Comunicación: son las formas que las personas desarrollan para expresar lo que quieren decir. Éste factor determina el tipo de relación que se vaya a tener con los demás, es decir, si se va a establecer un proceso de comunicación que al intercambiar la información, permita quedarse o abandonar la situación.

Existen cinco formas de cómo las personas se comunican:

- a) Aplacadora. Las personas que utilizan éste tipo de comunicación, se caracterizan por tener la necesidad de aprobación de los otros, nunca están en desacuerdo, tratan siempre de complacer a los demás y disculparse, actúan como si no valieran nada, se sienten responsable de los errores ajenos, están de acuerdo con las críticas, se sienten agradecidos si alguien les habla, son melosas, martirizadas, aduladoras. Su actitud hace referencia a una reacción suplicante.
 - b) Acusador. Son personas que, siempre encuentran fallas, son dictadoras, se sienten superiores, sufren mucha tensión muscular y orgánica, son gritones y tiranos, y su voz es dura, intensa y fuerte.
 - c) Superrazonable. Son extremadamente correctas, todo lo razonan antes de actuar, no demuestran ningún sentimiento, son calmados, fríos y distantes, además de que utilizan palabras abstractas,
 - d) Irrelevante. Se caracterizan por decir y hacer cosas diferentes a su contexto, son muy confusas, su tono de voz no es regular, distraídas y su cuerpo siempre está en movimiento.
 - e) Abierto o Fluido. Sus mensajes van hacia la dirección correcta, existe relación de lo que dicen y lo que hacen, se disculpan si es necesario, son francos, su voz es cálida y miran de frente, además de que son individuos que inspiran confianza. Sus relaciones interpersonales son más fructíferas.
3. Normas o Reglas. Está relacionado con lo que se debe hacer. Las reglas en la familia servirán para encontrar las razones de los malos entendidos y los problemas de conducta. Existen dos tipos de reglas que funcionan dentro de la dinámica familiar, uno de estos son las actividades que cada integrante debe realizar y la otra es la libertad que se tiene al

realizar algún tipo de comentario, esto es, qué, a quién, cuándo y cómo se puede expresar lo que se piensa o siente. Ya que por lo regular esta permitido hablar únicamente de las cosas buenas, correctas, apropiadas y relevantes, y crea con esto, una barrera familiar que redunde en aspectos negativos como son: autoestima baja, mentiras, hostilidad, soledad, aislamiento. En contraste con familias en la que sus reglas permiten que todos los sentimientos son aceptables, la autoestima tiende a subir y las características anteriores difícilmente se presentarán.

4. Enlace con la sociedad. Son las relaciones creadas por el sistema familiar con los demás. Éste sistema permite en su vida cotidiana que sus elementos (autoestima, comunicación y reglas) puedan funcionar y enfrentar cambios en situaciones nuevas y diferentes. Esto se da a partir de dos tipos de sistemas:

a) Sistemas abiertos, que permiten la posibilidad de cambios; a partir de la existencia de alternativas, se da prioridad a la autoestima en relación con el poder y la conducta. Se percibe que los cambios son normales y deseables, además de existir una relación entre las reglas, la comunicación y el sistema; todo lo anterior está relacionado con el tipo de familia nutridora. Obteniéndose:

Autoestima	⇒	Alta, segura, confiada.
Comunicación	⇒	Directa, clara, específica, congruente, abierta; estimulada al desarrollo.
Normas	⇒	Abiertas, actualizadas, humanas y cambian según las necesidades.
Resultados	⇒	Acordes con la realidad, apropiados y constructivos.

b) Sistema cerrado. Sus relaciones están reguladas con la fuerza, alguien más sabe lo que le conviene al otro, la autoestima es secundaria al poder y la conducta y hay resistencia al cambio; lo anterior se relaciona con los tipos de familia conflictiva y problemática, obteniéndose:

Autoestima	⇒	Baja, tendiente al apoyo exterior.
Comunicación	⇒	Indirecta, confusa, no específica, incongruente, cerrada; sin estímulo al desarrollo.
Normas	⇒	Secretas, anticuadas, inhumanas, inflexibles, restricción de los comentarios.
Resultados	⇒	Caóticos, inapropiados y destructivos.

Como se puede observar, la familia es el lugar donde se aprende, desarrollan y crecen los individuos, con el fin de alcanzar metas y convertirse en algo vital a partir de los cambios y reestructuraciones de los periodos de crisis por los que se enfrenta la familia.

En éste sentido Satir (2005) propone que el ciclo vital son etapas de crisis y de angustia temporal en el que se requiere un periodo de ajuste y una nueva integración, estas etapas de crisis son las siguientes:

- Primera crisis. Se da con la concepción, el embarazo y el nacimiento de un hijo.
- Segunda crisis. El niño comienza a hablar.
- Tercera crisis. Los hijos asisten por primera vez a la escuela.
- Cuarta crisis. La adolescencia de los hijos.
- Quinta crisis. El hijo es adulto, deja el hogar para independizarse.

- Sexta crisis. El hijo se casa.
- Séptima crisis. La menopausia de la madre.
- Octava crisis. El climaterio del padre.
- Novena crisis. Los padres se convierten en abuelos.
- Décima crisis. La muerte de uno de los cónyuges.

2. 2. 5 MODELO TRIAXIAL

Propuesto por Tseng y McDermott (1977), se basan en la clasificación diagnóstica de las diferentes disfunciones familiares a través de las etapas de desarrollo. Su sistema de clasificación tiene un marco de referencia multidimensional, en el que su objetivo es hacer frente a la complejidad de la naturaleza de la organización de la familia relacionándolo con la propuesta del DSM-III.

Para que esa clasificación sea útil debe de cumplir ciertas características: a) que el marco de referencia para la clasificación sea amplio, sistemático y que incluya las psicopatologías existentes, b) que la tipología descrita se encuentre bien definida y diferenciada para discriminar las diferentes clases de patología y c) que el método de clasificación sea clínicamente orientado, significativo y práctico, a modo de que pueda ser fácilmente aplicado para el diagnóstico clínico y ser útil para guiar enfoques terapéuticos.

La clasificación triaxial de la función y disfunción familiar se divide en tres ejes:

Primer eje: que se refiere a su desarrollo y la categorización de las disfunciones o crisis en las diferentes etapas del ciclo vital.

1.- Disfunción familiar primaria, es la que vive la pareja ante la incapacidad e incompatibilidad al no poder establecer su compromiso matrimonial, es decir, existen conflictos que se derivan de aquellas expectativas no realizadas o de la dificultad de alguno de los cónyuges para desligarse de su familia.

2.- Maternidad, producida por el nacimiento de los hijos y la incapacidad de los nuevos padres ante los cuidados del niño.

3.- Crianza de los hijos, existe la dificultad de criar a los hijos pequeños, se presenta un problema en la reorganización y la proporción de un ambiente psicológico sano.

4.- Maduración, es la edad adulta de los hijos, en esta etapa los problemas se centran en las diferencias de los roles y la separación de los padres con sus hijos.

5.- Envejecimiento, es la llegada de la senectud de los cónyuges y puede existir la posibilidad de la falta de uno de ellos, por lo que causa una incapacidad para aceptar la pérdida, además de la complicación por adaptarse a un nuevo rol de vida y hacer frente a la soledad y la inseguridad que esta ocasiona.

Éste eje también comprende las complicaciones o crisis que se tiene por las variaciones de familias, por ejemplo:

- a) Familias interrumpidas, se crea una crisis en torno a la separación de los cónyuges por la dificultad de enfrentar el desapego, el mal manejo de los sentimientos negativos no resueltos y la mala negociación de la custodia de los hijos.
- b) Familias con un solo padre, aquí los principales problemas que surgen son, la dificultad para poner límites, apoyo y atención.
- c) Familias reconstruidas, sus complicaciones giran alrededor del establecimiento de los roles entre los padres, madres e hijos y entre los hijos.
- d) Familias crónicamente inestables, se caracterizan principalmente por los frecuentes cambios, separaciones divorcios. Prevalece un ambiente familiar de inconsistencias y desestabilizado en cada uno de sus miembros además de no conocer su rol y los límites.

Segundo eje, se refiere a la interacción de los miembros de la familia y los desórdenes se dividen en el subsistema marital, padres-hijos y hermanos.

1.- Subsistema marital, se origina en la interacción de la pareja, es decir, por individuo, los miembros funcionan bien y en interacción como pareja son disfuncionales, y que puede propagarse e involucrar a toda la familia. Los autores sugieren que a partir de los problemas maritales se puede hacer una clasificación en cinco diferentes grupos que comprenden las posibles patologías de la pareja:

- a) Complementariedad marital, que hace referencia al carácter de cada uno de los miembros: dominante vs. sumiso, emocionalmente separado vs. afecto emocional ansioso, obsesivo vs. histérico; independiente vs. dependiente; sádico vs. masoquista.
- b) Conflictos, ocasionados por la búsqueda de poder o control en la relación de pareja.
- c) Dependencia entre los miembros de la pareja, se ocasiona vulnerabilidad e incapacidad de ambos a funcionar como individuos.
- d) Desarticulación, su interacción se encuentra disminuida y apática, no así, si existen de por medio motivos sociales, culturales o religiosos.
- e) Incompatibilidad, existen amplias diferencias en torno a la personalidad, valores, estilo de vida, edad, educación y la ocupación.

2.- Subsistema padres-hijos, los problemas se centran en la interacción de ambos subsistemas; enfocándose en la disfunción del padre, del hijo o de la relación padre-hijo. Estas disfunciones se dividen en las siguientes categorías:

- a) Disfunción del padre: característicamente por la condición neurótica de interferencia, es decir, existen expectativas patológicas de los padres hacia los hijos como lo son: las identificaciones proyectivas, distorsión de un hijo como representación de otra persona;

inadecuadas técnicas de crianza: favoritismo extremo o un total rechazo.

- b) Disfunción en los hijos: causada por la patología de uno de los hijos, orgánica de maduración, trastorno de desarrollo, neurosis o psicosis; lo que coadyuva a la interrupción del funcionamiento familiar.
- c) Disfunción interrelacional de padres e hijos: se encuentran trastornos asociados por su interacción como lo son: excesivo apego del niño, padres excesivamente controladores o que se rechazan mutuamente.
- d) Disfunción Triangular entre padres e hijos, hay una perturbación de la familia, especialmente se centra en la patología de los padres y la de uno de los hijos, lo que da lugar a un conflicto trádico.

3.- Subsistema de hermanos, se presenta una excesiva rivalidad destructiva, indiferencia entre los hermanos o coaliciones en contra de uno o ambos padres.

Tercer eje, identifica la disfunción familiar como grupo, en la que la familia es conceptualizada como un sistema. Para el estudio de éste eje, se subdivide en dos categorías:

1.- Disfunciones en su estructura funcional, que hace referencia a la organización, integración, los límites que tiene el sistema, roles, comunicación, ambiente emocional y la ejecución de tareas; y estas a su vez se dividen en las siguientes:

- a) Bajo desempeño familiar, los padres carecen de capacidad de guiar al sistema, lo que ocasiona: desorganización, dificultades para comunicarse y tomas de decisiones negativas.
- b) Familias sobreestructuradas, que son encabezadas por padres perfeccionistas, preocupados por la disciplina y el logro, además de carecer de interacción emocional y calidez.

- c) Familias patológicamente integradas, sus miembros tienen roles y tareas mal asignadas y mal dirigidas
- d) Familias emocionalmente independientes, en esas familias existe hostilidad, desconexión entre ellos y dificultades para involucrarse como grupo, sin embargo, mantienen relaciones mínimas ya sea por necesidades financieras o expectativas religiosas o sociales pero siempre se mantiene la individualidad.
- e) Familias desorganizadas, mantienen múltiples problemas en su sistema, como es la división de roles, mala comunicación y desorganización.

2.- Disfunción en el afrontamiento social, que tiene ver con la manera de hacer frente a los sucesos de la vida a las relaciones con otras familias, subdividiéndose en las siguientes dimensiones:

- a) Familias socialmente aisladas, caracterizadas por un completo retraimiento de la comunidad y poco o ningún contacto con la familia extensa.
- b) Familias socialmente desviadas, su sistema está en contra de las costumbres de la comunidad, las normas sociales y los objetivos de la vida familiar.
- c) Familias con un tema especial, existen a su alrededor secretos, mitos o creencias culturales.

El objetivo principal en éste sistema de clasificación se basa en dar a conocer que las patologías en el sistema son multifactoriales, ya sea por un individuo, un subsistema o como grupo de la familia. Ya que sugieren que la familia puede tener una disfunción en alguna dimensión pero en las demás se encuentra en los límites normales o menos perturbados.

Se ve entonces que, la familia se encuentra en constante crecimiento y desarrollo, por lo que su diagnóstico debe ser reevaluado permanentemente.

2. 3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A la par con la teoría, en las investigaciones, por ejemplo, Weinreich e Hidalgo (2004), Reyes, Valderrama, Ortega y Chacón (2010) y Mendoza-Solís, Soler-Huerta, Sainz-Vázquez, Gil-Alfaro, Mendoza-Sánchez y Pérez-Hernández (2006) sugieren que para tener un buen funcionamiento y balance en las relaciones familiares, debe existir mayor cohesión, participación, comunicación clara y límites claros entre cada miembro, ya que estos aspectos proporcionarán a sus integrantes obtener con mayor eficacia solución a sus problemas, esto es, vivir en un ambiente armónico, facilitara que las familias cumplan con mayor eficacia sus funciones económicas, educativas y la satisfacción de sus necesidades afectivas, adaptativas y de crecimiento.

En cuanto a la disfunción en la familia, señala Sobrino (2008) que tanto su estructura como su dinámica formarán en su interior actitudes y comportamientos negativos, que afectarán los niveles de comunicación y a su vez, la satisfacción personal y familiar serán desfavorables. Los niveles altos y permanentes de insatisfacción en la familia afectan en la personalidad de sus integrantes.

Aunado a esto, Ocampo y Amar (2011) mencionan que si en la familia no se cubren algunas de las funciones, ya sea económica, social, formadora o emocional, emergerán carencias o déficits en cuanto a la interacción o supervivencia sana de sus miembros, esto es, se impide el desarrollo de una personalidad armónica y se crean diversos tipos de patologías o desequilibrios de tipo psicológicos, biológicos o fisiológicos.

En éste sentido Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega e Iraurgi (2011), encontraron un mayor número de síntomas psicosomáticos en los miembros de la familia que ejercían un liderazgo irregular y roles poco claros, en contra parte, mencionan que se tenían menores síntomas cuando era permitida la expresión e intercambio de ideas, pensamientos y sentimientos.

En cuanto al funcionamiento familiar y satisfacción marital percibida por las mujeres, se ha encontrado que cuando existe menor involucramiento afectivo habrá menor satisfacción en la cantidad y calidad de las caricias, abrazos,

besos y relaciones sexuales en la relación. Igualmente, se menciona que al no haber hijos se tendrá un mejor funcionamiento en cuanto a la resolución de problemas, roles, respuestas afectivas, control de conducta y funcionamiento en general; asimismo, si tienen un mayor grado escolar (profesionistas o posgrado) poseen mayor responsividad e involucramiento afectivo en comparación con mujeres de nivel primaria. Al mismo tiempo, se ha encontrado que las mujeres se deprimen, se devalúan y su autoestima es baja, cuando no perciben ningún interés de sus familiares en ellas y no encuentran ningún beneficio al cumplir con sus funciones como madres (Mendieta, 2007).

Además como menciona Tuesca y Borda (2003), existe la presencia de violencia o maltrato, hacia la pareja cuando las relaciones familiares son disfuncionales.

Por su parte Mora y Rojas (2005) y Landero, Estrada y González (2009) en sus trabajos con familias monoparentales y los estilos de crianza, encontraron que éste tipo de sistemas tenían una cohesión amalgamada y una adaptabilidad caótica, además de que la disciplina era complaciente, falta de control y de límites claros, además de menor calidad de vida, menor ingreso económico y mayor depresión.

Por otro lado, se señalan que la disfunción familiar se ve reflejada en el rendimiento académico (Paz-Navarro, Rodríguez & Martínez, 2009), trastorno de aprendizaje (Acuña, Chimal, Oliva & aguayo, 2002), aptitudes intelectuales (Lieury, 2002), además de, mayor depresión (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez & López-Gaona, 2007), problemas de conducta (Sáez & Rosselló, 2001), baja autoestima y el consumo de sustancias (Jiménez, Musitu & Murgui, 2008) por los hijos.

“Los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ella”. Epícteto.

CAPITULO 3. DEPRESIÓN

Actualmente la depresión se apuntala como una de las principales enfermedades mentales que causan incapacidad y de las más diagnosticadas actualmente, el gran número de personas que la padecen se caracterizan por la falta de interés, placer, apetito, trastornos de sueño, etc. Que al llegar a hacerse crónico o recurrente dificulta el desempeño en las actividades de la vida cotidiana, debido a la relevancia que esto genera, en la actualidad se han llevado a cabo diversos estudios sobre este tema para tratar de darle algunas respuestas.

En éste sentido, Gilbert, 1992; Vázquez y Sanz (2008) mencionan que los sentimientos de abatimiento o de depresión son antiguos compañeros de los seres humanos, en sus formas menos graves tienen funciones adaptativas (llamar la atención, el cuidado de los demás o un modo para conservar la energía para enfrentar sucesos posteriores). Sin embargo la tristeza que se tiene no es una emoción adaptativa, ya que en ocasiones por su duración, su frecuencia o intensidad interfiere en la capacidad de las personas que la sufren y puede llegar a ser patológico.

Se menciona también, que el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes en los seres humanos, en el que existe un sentimiento de desdicha que es acompañado de diversas sensaciones que ponen a las personas en estados de desesperanza frente a una realidad aparentemente sin sentido (Escobar, 2008; Vázquez, 1990).

Por su parte Borges, Medina-Mora y López-moreno (2004) señalan que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura por lo menos dos semanas y que está

presente por el resto del día. Actualmente éste padecimiento no es exclusivo de la persona que la padece sino que se ha convertido en un asunto de interés general por el impacto que tiene sobre la sociedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) refiere que existen alrededor de 350 millones de personas que padecen éste trastorno, caracterizado por una persistente sensación de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, lo que interfiere en actividades laborales, escolares o domésticas; esto se da como resultado de interacciones complejas de factores sociales, psicológicos y biológicos. Asimismo menciona Vázquez (1990) que la depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y su manifestación varía mucho de persona a persona, por ejemplo, hay casos en los que la depresión se acompaña de un estado de agitación e insomnio y en otros casos una total inhabilitación psicomotora e hipersomnío.

3. 1 MODELOS PSICOLÓGICOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN

El abordaje de la etiología de esta variable se ha dado a lo largo de los años por diversas posturas psicológicas, biológicas o médicas, lo que ha permitido vislumbrar algunas de las elucidaciones de las causas de éste trastorno. A continuación se muestran las aportaciones de algunas de estas diversas posturas en torno a la depresión.

3. 1. 1 PSICOANÁLISIS

Las primeras formulaciones que se dan en torno a los trastornos depresivos provinieron de dicho modelo, a continuación se mencionan algunos autores que tratan de dar una explicación del fenómeno bajo esta teoría:

Sigmund Freud, si bien, no conceptualiza la palabra depresión, queda asociada a la melancolía a través de diferentes significantes como es la pérdida libidinal, duelo, inhibición psíquica y dolor. Es así como Vara (2006) menciona que Freud considera a la depresión como un síntoma propio de diferentes cuadros y que se encuentra presente de manera exacerbada en la melancolía.

La melancolía la define como un estado de ánimo profundamente doloroso, un bajo interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y una disminución en el amor propio, ésta última hace referencia a autorreproches y autoacusaciones que pueden llevar a la espera del castigo. La persona melancólica no tiene miedo en hacer pública su autocrítica y se caracteriza por concentrarse únicamente por aquellos aspectos negativos, además, muestra algo que falta en el duelo, es decir, una baja extrema en su sentimiento *yoico* y un enorme empobrecimiento del *yo*. Por lo tanto, la melancolía se da por un conflicto entre el *yo* y la realidad, a partir de la pérdida del objeto (Korman&Sarudiansky, 2011). De éste modo como lo menciona Polaino-Lorente (2000), para Freud es la melancolía la principal depresión.

Otros autores en ésta línea teórica como *Schultz* (1951 en Polaino-Lorente, 2000) menciona que el problema de la depresión la reduce a la depresión neurótica, entendiéndose como una ambivalencia (entre el *yo* activo y el *yo* objetivo), y la regresión parcial a la oralidad y que conserva algunas características del *super-yo* rígido. Se entiende, entonces, como un conflicto que se establece al enfrentar los elementos agresivo-orales (que pertenecen a la regresión oral) con los elementos residuales del rígido *super-yo* (la culpa y el temor).

En tanto Karl Abraham (1911 en Sanz y Vázquez, 1995) concibe la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, una tendencia exagerada a sentir placer por medio de la gratificación oral, por lo que conduce a la intensificación de las necesidades y a las frustraciones que se le asocian con los actos de beber, comer, besar, etc. Cuando se presentan repetidas experiencias frustrantes en torno a los deseos libidinales en la fase pre edípica (antes de la resolución de los deseos edípicos hacia uno de los padres y de su rivalidad con el otro), se da una relación permanente entre los sentimientos libidinales y los deseos de destrucción hostiles. Esto se puede ver en la edad adulta cuando se repiten estas frustraciones a partir de los desengaños amorosos, la persona depresiva vierte su coraje hacia el objeto amado y busca destruir el objeto incorporándolo o interiorizándolo, por lo que

el coraje lo dirige en última instancia hacia el yo. En éste sentido la pérdida de apetito que es parte del trastorno depresivo actúa como defensa de la persona contra sus deseos hostiles de incorporar el objeto amado.

3. 1. 2 MODELO CONDUCTUAL

La base fundamental de éste enfoque es el condicionamiento operante de Skinner (1953 en Sanz & Vázquez, 1995) quien señala que la depresión es la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. A continuación se mencionarán algunos de los autores que retoman éste modelo explicativo para éste trastorno.

Modelo de Charles Ferster

Se caracteriza por ser el primero en estudiar la depresión de manera experimental y clínica, además de ser un punto de referencia para los precedentes trabajos bajo éste enfoque. Menciona que la depresión se caracteriza por una disminución de frecuencias conductas reforzadas positivamente, las cuales sirven para controlar el medio, por ejemplo, la reducción de las relaciones interpersonales, y por el contrario existe un aumento en las conductas de evitación o de escape ante los estímulos aversivos, por ejemplo, el no levantarse de la cama todo el día para no enfrentarse a la vida cotidiana (Ferster, 1973; Vázquez, 1995).

Además el autor señala que existen cuatro procesos que se pueden presentar solos o en combinación para explicar la patología depresiva:

- Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o estímulos discriminativos importantes para el individuo, por lo que, cuya presencia o ausencia de tal estímulo indicará la presencia o ausencia del refuerzo y, por consecuencia, aumentará o disminuirá la frecuencia de la conducta.
- Programas de refuerzos de gran coste, es decir, que se requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.

- Imposibilidad de desarrollar comportamientos conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas, en los que una disminución de los refuerzos positivos provoca la reducción de conductas, lo que a su vez provoca una mala adaptación al medio y, en consecuencia, un menor número de refuerzos positivos provocará una nueva reducción conductual.
- Visión limitada que provocaría a los depresivos distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

En éste sentido Ferster (1973) señala que muchas de las conductas depresivas es una respuesta del individuo por tratar de evitar todos aquellos estímulos aversivos o situaciones desagradables, de las que solamente podría esperar reducción de los refuerzos positivos, lo que hace que las conductas se mantengan por reforzamiento negativo.

Modelo de la disminución del refuerzo positivo de Peter Lewinsohn.

Éste autor señala que la depresión se da como una respuesta a la pérdida o a la falta de refuerzos positivos contingente a la conducta, esto es, reforzamientos insuficientes en los principales dominios vitales de una persona conducirán a un estado de ánimo deprimido, y a una reducción en el número de conductas en combinación con la frecuencia de aparición de los siguientes factores de forma aislada o en conjunto (Lewinsohn, 1976 en Sanz & Vázquez, 1995; Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000)

- Un ambiente que no proporciona reforzamientos suficientes.
- Falta de habilidades sociales para obtener reforzamientos de algún ambiente.
- La incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social, y que al ponerlos en práctica impide tener refuerzos sociales.

Además, se señalan que existen factores que mantienen la depresión a corto y largo plazo. A corto plazo se da al provocar un refuerzo social positivo por parte del entorno a partir del afecto, simpatía, apoyo y/o atención. Y a largo plazo, la

depresión de un individuo provoca una conducta aversiva en su entorno, que por tanto, se alejarán de éste. Como resultado, el reforzamiento disminuye y se iniciaría una espiral patológica que aumentará o mantendrá en el tiempo la sintomatología depresiva.

Modelo de Charles Costello.

Señala que quienes sufren de depresión se caracterizan por la pérdida de interés general de todo el medio que les rodea (Sanz & Vázquez, 1995). Esto lo explica a partir de que existe una pérdida general de la efectividad de los reforzadores, lo que es causa suficiente y necesaria de éste padecimiento, esto es, que para generarse la depresión tendría que estar presente uno o los dos factores siguientes:

- Cambios endógenos bioquímicos y neurofisiológicos.
- La pérdida de uno o varios de los estímulos condicionados o estímulos discriminativos de una cadena conductual, ya que, la efectividad de los reforzadores de una cadena conductual está condicionada a la realización completa de dicha cadena conductual.

Modelo de Nezu

Aquí se señala que la parte principal para que se dé y se mantenga la depresión en los individuos, será por los déficits o ineficacias de sus habilidades de solución de problemas, Nezu y Ronan (en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000) sugieren que el tener una capacidad eficaz para solucionar problemas, ayudará a minimizar los efectos de las experiencias de vida negativas, además de moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

De acuerdo a éste modelo, se señala que la depresión es el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas:

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. La puesta en práctica de la solución y verificación.

Por lo anterior, se expone que la depresión comienza a partir de que el individuo hace frente a una situación difícil, en específico, al no resolver la situación problemática se producen consecuencias negativas y esto se traduce en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

3. 1. 3 MODELO COGNITIVO

El modelo sostiene que para que alguna patología se dé, habrá de estar presente tanto un evento estresante como la forma de procesar esa información. De acuerdo con esto, Beck menciona (2000) que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común la distorsión del pensamiento y esto a su vez influye en la conducta y en el estado de ánimo.

Por lo tanto como lo señala Leahy (2003) éste modelo se basa en la premisa de que los estados disfuncionales como lo es la depresión, la ansiedad y la ira son mantenidos o aumentados por aquellos pensamientos perturbados.

A partir de ésta línea teórica surgieron diversos modelos que tratan de dar una explicación para éste trastorno, en éste sentido, se encuentran los modelos que surgen acompañados con los *paradigmas del procesamiento de la información, cognitivos-sociales y cognitivos conductuales*.

En el primer aspecto, del *procesamiento de la información*, muchos de estos modelos utilizan constructos teóricos de la psicología experimental para conceptualizar la depresión; su premisa principal se basa en que el individuo, siempre está en un contexto continuamente cambiante lo que a su vez le demanda una serie de capacidades adaptativas y éste construye su realidad

mediante la selección, la codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. Toda ésta información sobre sí mismos y sobre el mundo experimenta transformaciones cognitivas y afecta a sus respuestas emocionales y conductuales lo que provoca una interdependencia entre la cognición, emoción y conducta.

A continuación se presentan algunos modelos cognitivos que consideran el planteamiento anterior para el estudio de la depresión.

Modelo de Aaron Beck

Surgió de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales, además, su premisa principal es que los trastornos emocionales son el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que enfrentan las personas, esto es, las personas deprimidas hacen una sobrevaloración de los sucesos negativos, considerándolos como irreversibles, frecuentes y globales (Sanz, 1993; Vázquez, *et al* 2000).

Mencionan Vázquez, Muñoz y Becoña, (2000); Beck, (2002); Curivil y Carretero, 2007; Baringoltz (2009), que ésta teoría considera que existen cuatro elementos importantes para la explicación de la depresión.

Triada cognitiva(Beck, 2002; Curivil & Carretero, 2007): hace referencia que el contenido cognitivo de un sujeto con depresión a cerca de sí mismo, de su mundo y su futuro son disfuncionales y negativos; existe una tendencia a atribuirse las experiencias desagradables, subestimarse y criticarse a causa de sus defectos, y piensa que carece de capacidades necesarias para lograr la felicidad.

Pensamientos automáticos negativos (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000): son cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional. Estos pensamientos son repetitivos, involuntarios e incontrolables además, en personas con depresión grave sus pensamientos ya no son irrelevantes sino que forman parte de su conocimiento consciente.

Mala percepción y procesamiento de la información (Baringoltz, 2009): existe una manera sobrevalorada de las personas deprimidas en procesar la información, de forma negativa, que obtiene de su medio. A partir de lo siguiente:

- ❖ Inferencia arbitraria: se llega a una conclusión sin tener alguna certeza.
- ❖ Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera del contexto e ignora otras características más relevantes de la situación, y conceptualiza toda la experiencia en base a los fragmentos.
- ❖ Sobre generalización: hace referencia a elaborar una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados, y a la aplicación de ésta a situaciones relacionadas o no.
- ❖ Maximización o minimización: distorsión en la magnitud de la evaluación de algún acontecimiento.
- ❖ Personalización: se tiende a atribuir a si mismo fenómenos externos.
- ❖ Pensamiento absolutista dicotómico: se clasifican las experiencias en categorías opuestas.
- ❖ Razonamiento emocional: se justifican los pensamientos por las emociones.
- ❖ Auto Etiquetamiento.

Disfunción en los esquemas: son hipótesis que dirigen el proceso por medio del cual las personas organizan y estructuran la información sobre el mundo, y determinan qué situaciones y aspectos son vitales para la toma de decisiones. Los esquemas son formas de percibir la realidad e incluyen creencias y emociones, estos esquemas se adquieren desde la infancia, sin embargo pueden permanecer inactivos y activarse cuando la persona se encuentra en situaciones estresantes (Beck, 2002).

Modelo de Redes Asociativas de la Emoción y la Memoria de Bower.

Éste modelo se apoya en el concepto de la memoria humana como una red asociativa de conceptos y esquemas semánticos. Su propuesta gira en torno a que la información y las emociones están organizadas en la memoria en forma de red asociativa mediante una serie de nodos interconectados entre sí por lazos asociativos, los cuales, se encuentran conectados a un conjunto de rasgos asociados a esa emoción como son la experiencia subjetiva, patrones de respuesta autonómicos, términos verbales que la describen y cogniciones que contienen descriptores de los sucesos que evocan esa emoción como los pensamientos, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de las experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones (Ruiz, 2011).

En éste sentido, se dice que la activación de un nodo emocional incrementa la accesibilidad de la información de los nodos asociados y que estos a su vez producen un sesgo cognitivo que favorece el procesamiento de dicha información emocional, esto, se da cuando un nodo es activado se experimenta una emoción correspondiente y ésta activación se propaga a través de la red de conexiones del nodo, lo que provoca la evocación de otras manifestaciones cognitivas del estado emocional, según esto, los estados emocionales afectarán al procesamiento cognitivo de la persona y dirigirá sus recursos cognitivos hacia información congruente con su estado de ánimo, esto es, cuando se experimentan estados emocionales positivos producirá la utilización de los recursos cognitivos en el procesamiento de información de contenido positivo, sin embargo, cuando se experimentan estados emocionales negativos como la depresión o ansiedad se producirán el uso de recursos cognitivos negativos en su procesamiento de información de contenido negativo.

Lo anterior lo sustento a partir de dos postulados:

1. El recuerdo dependiente del estado de ánimo, esto refiere a que habrá un mayor recuerdo de la información cuando se coincide con el mismo estado emocional en el momento de la codificación y de recuperación de la información.

2. Memoria congruente del estado de ánimo, se menciona que las personas aprenderán y pondrán mayor atención acerca de los acontecimientos cuando coincida con el estado emocional.

En tanto, como señala Ruiz (2011), la teoría de Beck y el Modelo de Bower, coinciden en sus postulaciones en cuanto a que existen sesgos cognitivos selectivos congruentes con la información que caracteriza a la depresión; a la pérdida, y los sesgos respecto al procesamiento de la información emocional negativa, que se produce en todas las etapas del procesamiento (codificación, almacenamiento, recuperación e interpretación) ya que, tanto la activación de los esquemas como de los nodos influyen en la manera de cómo se atiende, interprete y recuerde la información.

Modelo de hipótesis de activación diferencial de Teasdale.

Es creada a partir del modelo de redes asociativas de Bower, aquí se considera que cada emoción se representa con un nodo específico y estos a su vez se conectan con todo un conjunto de rasgos emocionales (patrones de respuesta, pensamientos, creencias, etc.) que se encuentran almacenados en la memoria y que se asocia con el nodo alguna emoción y de sus cogniciones, por ejemplo el nodo asociado a la tristeza tendrá cogniciones negativas y cuando estas se activan se propagan por conexiones del nodo que manifiesta la misma emoción. En general el modelo se centra en el patrón con que las personas activen sus procesos cognitivos (Pérez, 2007).

En el caso de la depresión, el nodo se activa por un evento estresante propagándose a los nodos (constructos cognitivos) asociados. Así pues, la depresión se intensifica y se mantiene a partir de que la cognición activa el nodo a través de bucles cognitivos de tipo cíclico y esto genera un patrón en espiral entre el nodo depresivo y el nodo cognitivo, generándose un círculo vicioso.

El bucle se activa con mayor probabilidad de aquellas interpretaciones que se dan (amenazantes, aversivas, incontrolables, etc.) y de factores ambientales, biológicos o psicológicos de cada individuo.

Además, para que se den todas aquellas interpretaciones depresivas depende de la disponibilidad y accesibilidad de los nodos cognitivos negativos (facilidad) con la que las personas la activen.

En el caso de las teorías *cognitivos-sociales*, se toma como referencia las teorías sociales para dar explicación a la depresión y de esta surgen algunos modelos que se presentarán a continuación.

Modelo reformulado de la indefensión aprendida de Seligman

Se centra en las atribuciones de significado que las personas dan acerca de los eventos, siendo estos estilos de atribución las principales causas de la depresión como son las globales, estables (siempre va a ser así, nada va a cambiar) e internas (personalización, culpa); en comparación, los eventos positivos de igual manera se realizan atribuciones específicas (es lo único que hago bien), inestables y externas (atribución a eventos externos como la suerte) (Chappa, 2003).

Cabe mencionar que el realizar dichas atribuciones negativas se da como respuesta a situaciones desagradables y se pueden sintetizar en los siguientes niveles:

Estructuras cognitivas, que son creencias desadaptadas focalizadas fundamentalmente en la pérdida y/o fracaso personal (interpersonal o en el desempeño).

Procesamiento cognitivo, mayor facilidad por los pensamientos negativos y la exclusión de información autorreferente positiva, evaluaciones globales y absolutas.

Cogniciones negativas, como son los pensamientos de pérdida y fracaso y focalizados en el pasado.

Modelos de la depresión por desesperanza

Éste modelo se centra en la vulnerabilidad-estrés, es decir, que las personas que tienen ciertos estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad) tienden con mayor riesgo a desarrollar síntomas depresivos, en particular los síntomas del subtipo de depresión por desesperanza a partir de sucesos vitales negativos como el estrés (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner&Sandin, 1997). La vulnerabilidad cognitiva se da principalmente por tres patrones inferenciales desadaptativos:

1. Tendencia a inferir que los factores estables y globales causan los sucesos negativos (que perdure por mucho tiempo y que afecte diversas áreas de la vida).
2. Tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.
3. Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

Se menciona que tal vulnerabilidad cognitiva ayuda, en parte, al desarrollo de los síntomas depresivos aunque no solamente con la presencia de sucesos vitales negativos. En cualquier caso la desesperanza es el único elemento que se requiere para la aparición de los síntomas depresivos (Sanz & Vázquez, 1995) como lo señala Abramson (1989 en Chappa, 2003) quien se basa en la expectativa de las personas al no poder conseguir lo que más desean o que sucederán situaciones muy indeseables y de las cuales no se puede hacer nada por cambiarlas por lo que surge el sentimiento de desesperanza.

Por último se encuentran el modelo *cognitivo-conductual* y algunas explicaciones teóricas dentro de éste modelo.

Modelo de autocontrol de Rehm

Aquí se propone un modelo de autocontrol para el estudio de la depresión integrando aspectos cognitivos y conductuales. Su premisa se centra en que las personas que sufren de depresión se caracterizan por déficits en su

conducta de autocontrol, esto es, en primer lugar giran en torno a la auto observación (ponen mayor énfasis en acontecimientos negativos y como consecuencia en sus conductas) aquí se podría explicar un estilo cognitivo de pesimismo o un punto de vista desesperanzado; en segundo lugar, tienden a priorizar eventos negativos lo que muestra una baja capacidad para evaluar conductas a largo plazo y únicamente prestan atención a lo que acontece en el momento, además de no prestar atención a los sucesos que se anticipan de sus conductas o consecuencias; y en tercer lugar está implicada la autoevaluación, dada a partir del criterio y la autoobservación, que da como resultado que las personas se planteen realizar acciones que les genere nula satisfacción, ya que suelen ser perfeccionistas o poco realistas, lo que los lleva a no alcanzar sus metas y generar una autoevaluación de forma negativa y sobre generalizada. Responsabilizan de su insatisfacción a factores internos (falta de habilidad o esfuerzo) responsabilizándose excesivamente por el fracaso obtenido, o a la inversa, sus éxitos son atribuidos a cuestiones externas (suerte o la baja dificultad en la actividad) negándose a recibir algún mérito (Lewinsohn, Gotlib & Hauxinger, 2007).

Además se menciona que, las personas deprimidas son incapaces de proporcionarse suficientes recompensas a sí mismas que les ayude a mantener conductas adaptativas o bien tienden a un exceso de autocastigos lo que genera bajos niveles de actividad y falta de persistencia

Modelo de Albert Ellis

Aquí se propone que todos los individuos que experimentan alguna situación lo hacen a través de un discurso interno que es mediado por las propias creencias (racionales o irracionales), y de éstas se derivaran consecuencias tanto afectivas o de conductas diversas, ya que actúa en cuanto a organizar y dar sentido a los sucesos, es pues, la parte central que vulnera a las personas a padecer depresión, ansiedad, baja tolerancia a la frustración o diversas dificultades en las relaciones interpersonales (Jervis, 2002).

Las personas deprimidas corren mayor riesgo de creer que no pueden hacer nada con su vida ya que piensan que el origen de sus problemas es por lo que

les pasa en lugar de sus convicciones o comportamientos provocándoles pasividad y tratan de evitar todo tipo de responsabilidad que los lleve a una mejor situación afectiva y buscan siempre algo que les ayude a justificar esa pasividad a través de sus creencias negativas a su vez que alimentan su depresión.

Estas creencias se exteriorizan en dos canales comunicativos: monólogos *internos*, que es la manera de cómo se habla uno mismo y es el canal por el cual se interpreta el mundo, se crea una imagen de las virtudes o carencias propias, se juzga el alrededor y se realizan predicciones del futuro (ilusiones o desesperanzas); y *las reglas de supervivencia*, que son representadas como guías que ayudan a la orientación de la realidad.

De todo lo anterior (creencias, monólogos, reglas de supervivencia y comportamiento) es como se constituyen los elementos básicos de una estructura para la personalidad y si estos elementos funcionan de forma correcta y se sustentan en la racionalidad empírica facilitará el desarrollo personal, sin embargo, si no funciona se presentará la depresión, ansiedad o la desesperanza (Jervis, 2002).

3. 1. 3 NEUROBIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

Se menciona que la depresión es la última expresión de las alteraciones que se producen en los distintos niveles fisiopatológicos causantes de ésta y se expresa a partir de diversas funciones como son la cognición, la psicomotricidad y la conducta. Durante mucho tiempo, tanto neurólogos, psiquiatras y neuropsicólogos han tratado de encontrar las raíces neuroanatómicas de las funciones psicológicas, y que actualmente con el avance tecnológico conocen algunas áreas involucradas en los estados afectivos del ser humano (Zandio, Ferrín& Cuesta 2002).

.Algunas de éstas áreas relacionadas con el trastorno depresivo se encuentra el córtex prefrontal, el núcleo estriado, la amígdala y el hipotálamo, además se cree que tanto el neocórtex como el hipocampo se encuentran involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión, así como en las ideas o los

sentimientos de culpa, la falta de autoestima, desesperanza y alteraciones de memoria.

Córtex prefrontal, se conoce que personas con alguna lesión en esta área presenta alteraciones en las respuestas autonómicas a estímulos emocionales, incapacidad para expresar emociones ante situaciones normalmente emotivas e imposibilidad para utilizar información de lo que está bien o no dentro de los comportamientos en el entorno social. En la región subgenual izquierda, ubicada dentro de ésta área, se encarga de facilitar la expresión de respuestas viscerales al estrés y el lado derecho se encarga de su modulación.

Área pregenual, ubicada dentro del cíngulo anterior, se encarga del miedo, pánico y presentimientos.

El *córtex orbital prefrontal*, modula el comportamiento en la respuesta cognitiva de defensa al miedo y al comportamiento dirigido a las recompensas, sin embargo, cuando existen lesiones hay un deterioro en la planificación de las tareas y muestran dificultades para planear estrategias ante circunstancias cambiantes, manifestando actitudes inadecuadas. Se concluye que en la sintomatología depresiva, ésta área se relaciona con respuestas emocionales excesivas a estresantes e ideas obsesivas.

Por su parte, *la amígdala* se encarga de las respuestas a estímulos temerosos y a estímulos agradables.

El *hipotálamo* es quien modula síntomas neurovegetativos como el sueño, el apetito, la libido y la energía, su papel fundamental recae en coordinar las distintas funciones neuroendocrinas y neurovegetativas que se alteran en la depresión como son: la hiperactividad del eje hipotálamo-Hipofiso-Adrenal (HHA), el hipotiroidismo subclínico, las alteraciones en la función de la hormona de crecimiento y de la prolactina.

Por otro lado, existen diversas investigaciones en cuanto al estudio de la depresión y la manera de cómo actúa en presencia de otros factores, por ejemplo, con el funcionamiento familiar (en particular a un mal funcionamiento), se han encontrado algunas consecuencias en diversos estudios, como lo es, si

en la infancia predominó una educación de mucha crítica, por parte de los padres, da como resultado que posteriormente en la edad adulta se tenga una mayor predisposición a padecer depresión (Revueltas & Alberti, 2008).

Además, una investigación realizada por Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona (2007) encontraron que en familias rígidamente dispersas los (as) adolescentes presentan síntomas depresivos, aunado a esto, se menciona que si en el ambiente familiar existe hostilidad, rechazo, mala comunicación es más probable que éste tipo de población se inicien en el consumo de drogas e incluso llega al suicidio (García, 2002).

Por su parte, Sáez y Rosselló (2001) han encontrado que algunos fenómenos como la crítica familiar, aceptación por parte de ambos padres o los conflictos maritales entre estos, coadyuva a la presencia de los síntomas depresivos, además de que es un predictivo para que los hijos que crecen en éste ambiente tengan problemas de conducta.

Aunado a lo anterior, Alvarez-Ramírez, García-Méndez y López (2009) encontraron que la presencia de síntomas depresivos afecta de manera negativa al funcionamiento familiar, en cuanto a la hostilidad y al establecimiento de reglas, ya que a mayor nivel de depresión tiende a incrementarse las relaciones hostiles y la manera de establecer las reglas es menos clara.

Por otro lado, se ha encontrado que si bien es cierto que todos pueden en algún momento desarrollar los síntomas depresivos, también se ha encontrado que tanto hombres como mujeres sienten y enfrentan de forma diferente estos síntomas, por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres lo padecen el doble que los hombres ya que una de cada cinco mujeres sufre depresión mayor en cambio los hombres, se da en uno por cada diez (Dio-Bleichmar, 1991). Los hombres deprimidos por su parte, presentan dificultades en sus relaciones, pérdida de interés o conflictos laborales, inhibiciones, fatiga, irritabilidad, problemas de sueños y tienden al abuso del alcohol o drogas; y tienden a enfrentar su depresión por medio del trabajo de manera compulsiva, lo ocultan, se muestran temerosos con su entorno y por lo general son los que menos

buscan ayuda para mediar sus síntomas (Cochran & Rabinowitz, 2000; Franchi, 2001).

En cuanto a las mujeres presentan dificultades a la pérdida de su libido, tristeza, disgusto por si mismas y/o por su imagen, autoacusaciones, fatiga, problemas de alimentación, periodos de llanto y somatizaciones, sin embargo tienden con mayor probabilidad a buscar ayuda (López & Lege, 2009).

“No debemos permitir que alguien se aleje de nuestra presencia, sin sentirse, mejor y más feliz”. Madre Teresa de Calcuta

CAPITULO 4. APEGO

Las personas como entes sociales, tienen siempre la necesidad de estar en constante relación con otras, tanto física como emocionalmente; dicho comportamiento se da a partir del nacimiento. Por ello uno de los principales estudios en cuanto a la manera de vincularse afectivamente desde pequeños lo realiza Bowlby (2003), señala que el vínculo que une a los bebés con su madre es producto de una serie de sistemas de conductas que llevan al bebé la aproximación a ella. A esto Bowlby, lo conceptualizó como teoría del apego. Ésta teoría describe la tendencia que los seres humanos tienen para crear lazos o vínculos afectivos entre sí, principalmente entre las madres o los cuidadores primarios y los bebés.

Se sabe que un punto central para el psicoanálisis giró en torno a la relación temprana del niño con su madre, esto se puede ver con los primeros trabajos realizados por Spitz (1935 en Rosas, Gallardo & Angulo, 2000) quien señala a la madre como principal representante del medio externo y que es a través de ella que el niño puede construir su objetividad.

Para antes de los 50's se conocían cuatro teorías psicoanalíticas que trataban de dar una explicación a la conducta de apego; una de ellas es la teoría del impulso secundario, la cual se basa en las necesidades fisiológicas del niño, es decir, los bebés terminan por interesarse y apegarse a la figura materna al satisfacer sus necesidades fisiológicas. La segunda se basa en la succión del objeto primario, refiriéndose a un apego innato que existe en el bebé de estar en contacto con el pecho humano al succionarlo y poseerlo oralmente y que en un momento dado aprenda que ese pecho pertenece a su madre. La tercera teoría se basa en el aferramiento del objeto primario, en el cual en el bebé

existe un apego innato para entablar contacto con otras personas y a aferrarse a ella. Y la cuarta teoría, se basa en el anhelo primario de regreso al vientre materno, aquí se plantea que el bebé tiene un resentimiento por haber sido desalojado del vientre materno y le genera ansiedad para poder volver a éste.

Por otro lado Ainsworth (1989), menciona que estos vínculos afectivos se manifiestan a través de un sistema de conducta cuyo fin es el mantenimiento de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él, que usualmente son percibidas como más fuertes.

4. 1 PRECURSORES DE LA TEORÍA DEL APEGO.

A continuación se detallarán las teorías de los principales autores de la teoría del apego en la infancia:

4. 1 .1 JHON BOLWBY

Para los 50' s Bowlby comienza a plantear que la conducta infantil dirigida hacia la proximidad de la madre es una conducta adaptativa que tiene sus orígenes en la supervivencia de las especies. En su obra de "Los cuidados maternos y la salud mental" en 1951, hace referencia a que los niños huérfanos o que habían sido separados de sus familias manifestaban cierto retraso en su desarrollo además de padecer problemas emocionales como consecuencia de la privación materna.

En éste sentido, realizó un estudio acerca de la delincuencia juvenil comprobando que muchos de estos delincuentes que habían sufrido separaciones maternas tempranas fue la principal causa de su delincuencia y de padecer psicopatía de falta de afecto. A partir de esos hallazgos planteó que la pérdida súbita de un padre, familiar cercano o de alguna persona que asista de cuidados al infante podría ser la causa de una depresión, todavía con un enfoque psicoanalítico, ya que, durante la infancia el *yo* y el *superyó* no funcionan completamente y el niño necesita de su madre porque ella realiza la función del yo.

Bowlby centra su atención en lo importante que es el vínculo madre-hijo con lo que inicia el desarrollo de la teoría del apego. Define el apego como una relación cálida y continuada con una madre o madre sustituta amorosa, y el

vínculo formado en la infancia es el fundamento en el cual habrá de sustentarse cualquier otra relación.

Por lo que describe a la teoría del apego como una preferencia que tienen los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con personas determinadas y a partir de éste se explican las diversas formas de trastornos emocionales y alteraciones en la personalidad que son ocasionados por la separación involuntaria y la pérdida de seres queridos (Bowlby, 2003).

Bowlby (2003), adquirió el concepto de Modelos Operativos Internos de trabajo a las representaciones que el niño construye en torno a sí mismo y a la forma vincular. Estos modelos reflejan la confianza que el niño desarrolla en sí mismo como alguien aceptable, merecedor de cuidado y protección. A su vez, estos modelos internos organizan pensamientos, memoria y sentimientos referentes a la figura de apego y guían la conducta futura y las representaciones internas del apego.

Además, como menciona Yarnoz, Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta (2001) estos modelos tienden a operar de forma automática y cualquier información nueva es asimilada con los modelos preexistentes, por lo que tienden a la estabilidad o a ser modificados en ciertas circunstancias.

Explica Fonagy (1999) que estos modelos se encuentran relacionados con la capacidad que el niño posee para determinar la disposición que tienen las figuras de apego con él, reconociendo a estas, a su vez, como personas independientes, con deseos, necesidades y pensamientos propios: *“Las conductas de apego del infante (búsqueda de proximidad, sonrisas, colgarse de un adulto) son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener o calmar), y estas repuestas refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular. La activación de conductas de apego depende de la evaluación por parte del infante de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad”* (p. 89).

A su vez, Bowlby (2003) explica el comportamiento de apego como todo tipo de conducta que conlleva a la aproximación de otro individuo considerada como más fuerte o sabia, esto incluye el llanto y la llamada, seguimiento o adhesión, como sinónimos de que se les proporcione cuidados o apoyo, e intensas protestas si el niño se queda solo o con personas extrañas. Con la edad disminuye continuamente la intensidad con la que se manifiesta éste comportamiento. Los patrones particulares de comportamiento de apego mostrados por un individuo dependen, en parte, de su edad, su sexo, y circunstancias presentes y, en parte también, de sus experiencias en etapas anteriores de su vida, con figuras a las que tenían apego

Además, Bowlby (2003) menciona algunos rasgos característicos para que se facilite el mantenimiento de la proximidad:

Especificidad: el comportamiento de apego se da en un determinado individuo generado por un claro orden de preferencia.

Duración: el apego persiste durante el ciclo vital, aunque, en la adolescencia puede disminuir o cambiar. Se considera que estos apegos primitivos no son abandonados fácilmente y en general suelen persistir.

Intervención de emociones: son aquellas emociones surgidas a través de la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de las relaciones de apego, es decir, la formación del vínculo es descrita como enamorarse o el mantenerlo imperdurable es la fuente de seguridad; en cuanto a la pérdida se puede experimentar ira o rabia y en la renovación como satisfacción.

Ontogenia: se desarrolla durante los primeros nueve meses, a partir de la interacción del lactante con su madre siendo principalmente los cuidados ofrecidos al niño que redunde en ser la principal figura de apego. Éste comportamiento permanece activo hasta cerca de los tres años y si el desarrollo es sano fácilmente se activará.

Aprendizaje: se puede desarrollar el comportamiento de apego a pesar de los castigos impartidos por la figura elegida.

Organización: el comportamiento de apego inicia a partir de respuestas organizadas y cerca del final del primer año se diseñan sistemas más complejos cibernéticamente organizados que incorporan modelos representativos del medio ambiente y de sí mismos, esto es, el sistema se activa por determinadas condiciones y se desactiva por otras. Por ejemplo; se activa a partir de la extrañeza, la fatiga o cualquier acontecimiento que provoque algún temor. Si éste se ha activado intensamente provoca el aferramiento o querer tocar a la madre; en cuanto a la desactivación de manera sana del comportamiento se da únicamente con la percepción visual o acústica o a través de una interacción más placentera con su madre. Además, si la madre no se encuentra presente o si se ausenta y se conoce dónde está por lo general, el niño no muestra el comportamiento de apego y a su vez explora su medio ambiente.

Función biológica: la principal función que desempeña el comportamiento de apego es la de protección.

Bowlby (2003) menciona que el comportamiento de los padres o de las personas que tengan el rol de cuidadores es complementario a la conducta de apego, es decir, el cuidador en primer lugar debe estar a disposición del que necesite cuidados y de responder a sus necesidades y en segundo lugar intervenir cuando el niño que está siendo cuidado tenga algún motivo de perturbación, ya que, a medida que éste papel se desempeñe adecuadamente dará lugar a que crezca mentalmente sano: *“...existe una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad de establecer vínculos afectivos, y que ciertas variaciones de dicha capacidad, se manifiestan en problemas conyugales y conflictos con los hijos, así como en síntomas neuróticos y trastornos de la personalidad que pueden atribuirse a determinadas variaciones de los modos de desempeñar los padres sus correspondientes roles”* (p. 163).

A partir de su teoría, Bowlby (2003) hace una clasificación de los tipos de apego:

Apego seguro: Se desarrolla a partir de que los padres reconocen y respetan el deseo de sus hijos, al comprender de manera intuitiva el comportamiento de apego del niño para así satisfacerlo o ponerle un fin, al reconocer sus fuentes del enfado, de ira, ansiedad o su frustración por el deseo de amor o cuidados, es decir, le brindan una base segura. Las personas con apego seguro se ayudan a sí mismas y pueden solicitar ayuda en caso de alguna dificultad.

Apego angustioso: son personas excesivamente dependientes o inmaduras. Se encuentran expuestas a alguno de los siguientes patrones de acción parental patógena:

- 1 Uno o ambos padres no le imparten cuidado o lo rechazan constantemente.
- 2 No hay continuidad en la asistencia por parte de los padres, esto incluye también en periodos en los que se encuentra en un hospital o institución.
- 3 Existen amenazas persistentes de que no se les quiere o ama además de que lo utilizan como herramienta de control.
- 4 Amenazas de abandono como método de disciplina o como modo de obligar a un cónyuge.
- 5 Un medio familiar de amenazas por parte de uno de los padres de abandonar, matar al otro o de cometer suicidio.
- 6 Estimular al niño la culpabilidad de su comportamiento como responsable de la enfermedad o muerte de algún progenitor.
- 7 Prematuro sentido de responsabilidad hacia los otros.

Cualquiera de estas experiencias vividas pueden conducir al niño, al adolescente o incluso al adulto a vivir en constante ansiedad hasta no desprenderse de la figura a la que está apegado y, en consecuencia, tener un bajo umbral que le permita manifestar su comportamiento de apego. Algunas características de éste tipo de personas, es que son moralmente escrupulosos,

o cargados de sentimientos de culpa o angustiadamente dependientes, tienen fobia escolar o agorafobia.

Apego evitativo: tiene una actitud dura en cualquier condición. Se privan de cualquier sentimiento o comportamiento de apego rechazando cualquier tipo de cuidados o expresión de afectos. Un patrón relacionado es el de cuidador compulsivo, ya que, en muchas de sus relaciones íntimas establece un rol de prestador de cuidados aunque no se requiera. Lo anterior es generado por un ambiente en el cual los progenitores por alguna enfermedad no podían cuidar al niño, y a su vez buscaban que estos los cuidasen o como una ayuda a cuidar a los hermanos más pequeños.

Después de la segunda guerra mundial, las investigaciones en torno a la diada madre-hijo se hicieron cada vez más profundas, en tanto que Bowlby fue nombrado director del Departamento infantil de la clínica Tavistock y creó la unidad especial de investigación que tenía como finalidad explorar las respuestas de la separación de los niños pequeños con sus madres. El trabajo de la clínica se ocupaba específicamente en el restablecimiento general de la familia, el status cambiante de la mujer y el significado del desarrollo infantil.

En general como menciona Oliva (2004), ésta teoría se basa en cuatro sistemas de conducta que se interrelacionan entre sí: el *sistema de la conducta de apego*, que se refiere a todo acto que conlleva al mantenimiento de la proximidad y el contacto (sonrisas, llanto, etc.), se activa para restablecer la proximidad, es decir, disminuir la distancia con la figura de apego; *sistema de exploración*, éste se da a partir de la disminución del sistema anterior por lo que aumenta la exploración; *el sistema de miedo a los extraños*, surge al disminuir las conductas exploratorias y al aumentar las conductas de apego; y el *sistema afiliativo*, que en contraste con el anterior, refiere al interés que tienen los individuos por mantener una proximidad e interactuar con otras personas, inclusive, con quienes no tiene algún vínculo afectivo establecido.

4. 1. 2 MARY AINSWORTH

Colaboradora, en diversas investigaciones, de Bowlby destaca la sensibilidad materna como un concepto clave, éste consiste en la habilidad de identificación e interpretación que tiene la madre de las necesidades de su bebé para así responder de manera más rápida y adecuada. En uno de sus estudios comprobó que una alta sensibilidad materna durante el primer año de vida se encontraba relacionada con una alta seguridad del apego en el niño (Ainsworth, Velar, Waters & Wall, 1974 en Buchheim & Moneta, 2003).

Uno de sus primeros estudios en 1954, con técnicas naturalistas, lo realizó en Uganda durante casi cerca de dos años en la relación socio-emocional de 28 niños con sus madres, observándolos sistemáticamente cada dos semanas durante nueve meses. En esta primera aproximación, concluyó en clasificar la conducta de apego de los bebés en tres grupos: apego seguro, apego inseguro y no apego (Bretherton, 1992).

Posteriormente en 1962 en Baltimore, un segundo estudio, longitudinal, con 26 niños y sus madres a los cuales observó sistemáticamente en el hogar cada tres semanas durante su primer año de vida, encontró diferencias en cuanto a su primer estudio lo que la llevó a generar una metodología en laboratorio que le permitiera observar el comportamiento de apego del niño de manera más constante para así encontrar una explicación de las diferencias.

Éste estudio, llamado la situación del extraño, versó en medir el apego de los niños a los 10 - 14 meses. El estudio, es una secuencia de episodios, en una sala de juegos o habitación en el que se encuentran juguetes o cosas interesantes para niños de 12 meses. Se lleva a cabo a partir de separaciones y reencuentros entre el niño de 1 año de edad y su madre o padre y una mujer desconocida. Estos sucesos se grababan para analizar con atención las estrategias de respuesta de los niños en los momentos de reencuentro con la figura de apego, (véase tabla 1).

Tabla 1. Episodios de la situación extraña

Duración	Descripción
1 minuto	El padre o madre y el niño entran a la habitación.
3 minutos	El niño se instala y explora. Los padres colaboran sólo si es necesario.
3 minutos	Entra una mujer desconocida y juega con el niño durante el último minuto.
3 minutos	El o los padres dejan al niño con la desconocida. Primera separación.
3 minutos	El padre o madre vuelve, la desconocida se va en silencio. Primera reunión.
3 minutos	El progenitor deja al niño solo en la habitación. Segunda separación.
	La desconocida entra a la habitación y se queda con el niño interactuando lo necesario.
	El padre o madre vuelve, la desconocida se retira en silencio. Segunda reunión.

A partir de la observación en éste estudio, los niños se dividieron en cuatro categorías, dependiendo de su comportamiento:

- Seguros; anterior a la separación, el niño explora con gran interés la sala y los juguetes. Muestra señales de extrañamiento a sus padres en la separación y frecuentemente llora en la segunda separación. Tiene mayor preferencia por su progenitor que por el desconocido. Saluda con entusiasmo al progenitor y por lo regular es quien inicia el contacto visual. Durante la segunda reunión mantiene el contacto y posteriormente se calma y vuelve a jugar.

- Evitador; no llora al separarse de su progenitor, evita e ignora en su reunión al progenitor a través de: alejamiento, rechazo o se agacha cuando lo van a sostener del brazo. Establece poca o nulo contacto o probidad, no se angustia ni se enoja, responde sin ningún entusiasmo hacia su madre o padre y durante el proceso de centra en los juguetes o el ambiente.
- Resistente o ambivalente; se muestra angustiado o cauteloso inclusive antes de la separación y casi no explora. Se preocupa por el progenitor durante el procedimiento, se muestra enojado o pasivo. No puede calmarse o sentirse cómodo al reunirse con su padre o madre centrándose en él y llora continuamente y ya no logra explorar después del reencuentro.
- Desorganizados/desorientado; muestra conductas desorganizadas y/o desorientadas en presencia de su progenitor, esto es, el niño parece paralizarse y elevar las manos o puede levantarse cuando su progenitor entra y posterior cae boca abajo y se acurruca en el suelo o puede que se aferre a éste y llorar mucho para luego alejarse con una mirada esquiva. En general no se ajusta a las categorías anteriores.

Buchheim y Moneta, (2003), establecen que la calidad de apego en los padres predice el modo de apego en los niños con sus progenitores y esto a su vez puede influir en su capacidad cuando adultos a tener un mejor cuidado para sus propios hijos.

4. 2 APEGO ADULTO

Uno de los primeros trabajos que se comenzaron a hacer en torno al apego en ésta etapa de la vida fue de George, Kaplan y Main (1985 en Marrone, 2001), quienes, desarrollaron la *Adult Attachment Interview* (AAI) con el objetivo de evaluar el estado mental del adulto con respecto al apego a través de sus recuerdos de las relaciones tempranas dadas con sus padres.

Esta entrevista evaluaba la coherencia, la estructura y la habilidad con la que las personas relataban sus experiencias en la infancia, y a partir de estos, concluyeron en clasificar los estilos de apego siguientes (Martinez & Santelices 2005):

Apego seguro/autónomo: son personas que mantienen un discurso coherente y se muestran dispuestos a cooperar, dan un valor, aprecian y describen de forma elocuente sus experiencias de apego -ya sean positivas o negativas- y las consideran importantes para su propia identidad.

Apego evitativo: realizan una descripción de sus progenitores como personas normales o excelentes en tanto que en algunos relatos de sus experiencias se contradicen, mencionan que los sucesos negativos vividos no les ocasionó ninguna afectación, sus descripciones son breves e inclusive mencionan que se les ha olvidado, minimizan la importancia del apego para sus propias vidas e idealizan sus experiencias de la infancia sin poder ser capaces de proporcionar ejemplos concretos.

Apego preocupado: se muestran preocupados, enfadados, confundidos y pasivos, o temerosos y abrumados. Sus relatos son largos y sus respuestas irrelevantes, maximizan la importancia de apego y se encuentran muy ligados o preocupados por sus experiencias pasadas además, de ser incapaces de describirlas coherentemente y de forma razonada.

Apego desorganizado: demuestran no haber superado una experiencia traumática, como lo es la pérdida de las personas de la relación de apego y en sus relaciones de apego infantiles se les observa conflicto, desamparo, disforia, conductas coercitivas o impredecibles para ellos.

Investigadores como Hazan y Shaver que de igual manera se interesaron por los trabajos realizados por Bowlby y Ainsworth en torno al apego, llevaron sus estudios al campo de las relaciones amorosas, como lo es la seguridad sentida hacia la pareja como figura de apego. Ya que, encontraban relaciones en sus estudios en cuanto a las características de los patrones de conducta y los sentimientos en las relaciones de pareja, de adolescentes y adultos con las relaciones previas de apego. Sus estudios incorporan tres tipos de apego de Ainsworth, —el evitativo, seguro y ambivalente— esto como referencia para organizar las diferencias individuales que se relacionan con el pensamiento, los sentimientos y comportamientos de los adultos en sus relaciones románticas (Bartholomew & Shaver, 1998). Reportan que las personas con apego seguro

describen sus experiencias amorosas más felices, amistosas y de mayor confianza, que puede tener altibajos pero en general se mantienen constantes y son más duraderas.

Por otro lado, las personas con apego ansioso son más propensas a experimentar celos, obsesión o una atracción sexual fuera de lo común; los que tienen un tipo de apego evitante sus relaciones se ven envueltas por un temor a la cercanía y problemas emocionales (Hazan y Shaver, 1987).

Posteriormente en Bartholomew (1994), Bartholomew y Shaver (1998) y Bartholomew y Horowitz (1991) retoman la idea de los modelos operativos internos, ya que como menciona Breterthon (1997) las representaciones y los modelos operativos internos son conceptos centrales para el estudio del apego en el adulto. A partir de esto, proponen una revisión más elaborada en la investigación del apego adulto al realizar un modelo de dos dimensiones: de sí mismo positivo y de sí mismo negativo de los otros, y cuatro categorías: seguro, ansioso, evitativo y temeroso. (Ver fig. 3).

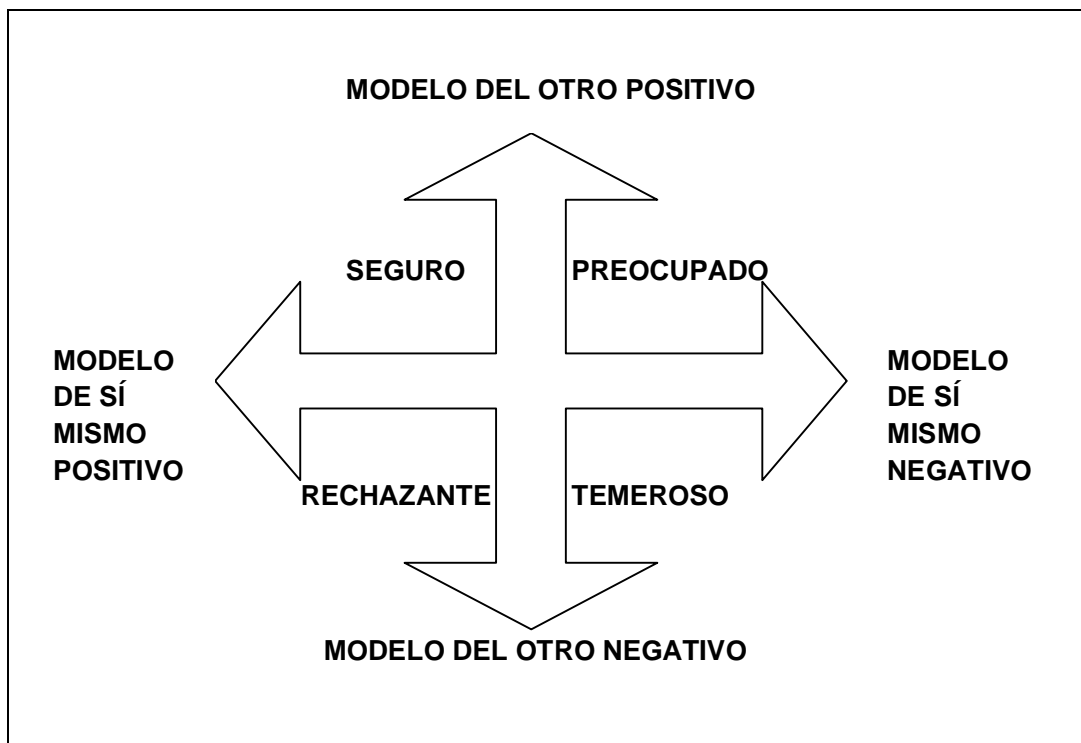


Figura 3. Modelo del apego adulto: dos dimensiones y cuatro categorías.
Fuente. Bartholomew y Shaver (1998).

En la dimensión del sí mismo positivo, indica el grado en que una persona ha interiorizado un sentido de su propio valor (frente a la sensación de ansiedad e incertidumbre de capacidad de amar del mismo), es decir, se le asocia al grado de ansiedad y dependencia de la aprobación de los demás en las relaciones íntimas.

En la dimensión del otro positivo, indica el grado que se espera de los otros de su apoyo y disponibilidad y el negativo a la tendencia a evitar la cercanía en las relaciones.

MÉTODO

Planteamiento del problema

La familia a lo largo de la vida se enfrenta a diversos cambios, los cuales deben ser manejados adecuadamente, sin embargo, en algunas ocasiones su mal manejo puede derivar en diversas consecuencias, por ejemplo, en problemas emocionales como lo es la depresión. En éste sentido, se ha observado que dentro de las relaciones familiares con algún integrante en depresión, se vive un ambiente hostil, existen interacciones negativas, conflictos familiares y baja cohesión (Alvarez-Ramírez, García-Méndez y López, 2009). Aunado a esto, como menciona Crowell, Fraley & Shaver, (1999) el no tener un acercamiento con la figura de apego, el pasado personal y una baja autoestima puede predecir los síntomas depresivos.

Pregunta de investigación

¿La depresión afecta las dimensiones del funcionamiento familiar y los estilos de apego?

Objetivos generales

Establecer las diferencias de los niveles de depresión en las dimensiones del funcionamiento familiar y los estilos de apego.

Objetivos particulares

1. Establecer las diferencias de la depresión en las dimensiones del funcionamiento familiar.
2. Establecer las diferencias de la depresión en los estilos de apego.

Hipótesis

- H1. Existen diferencias significativas entre la depresión y el funcionamiento familiar.
- H0. No existen diferencias significativas entre la depresión y el funcionamiento familiar.
- H2. Existen diferencias significativas entre la depresión y los estilos de apego.
- H0. No existen diferencias significativas entre la depresión y los estilos de apego.

Variables

Variable Independiente

Depresión

Definición conceptual

Estado de sufrimiento de la persona cuando presenta al menos dos de los siguientes síntomas durante dos semanas: estado depresivo, disminución del interés por actividades; cambio de peso o de apetito; insomnio o exceso de horas de sueño; retardo psicomotor o agitación; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de culpa; problemas de concentración y; constantes pensamientos de muerte o suicidio, (DSM-IV).

Definición operacional

Respuestas a los ítems de la escala BDI-II.

Variables Dependientes.

Funcionamiento familiar

Definición conceptual

Es el conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se

desenvuelven (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2006).

Definición operacional

La distribución de respuesta de los participantes en la escala de funcionamiento familiar.

Estilos de apego.

Definición conceptual

Es la propensión que muestran los seres humanos a establecer fuertes vínculos afectivos con otras personas determinadas (Bolwby, 2003).

Definición operacional

La distribución de respuesta de los participantes en la escala de estilos de apego evitativo y ansioso.

Participantes

Los participantes fueron 321 adultos de la zona oriente de Distrito Federal, 154 hombres y 167 mujeres, con un rango de edad de 22 a 55 años ($M = 37$, $DE = 7.01$), 216 casados y 105 en unión libre, todos con hijos, de uno a 10 ($M = 2$). La muestra fue no probabilística intencional. En cuanto a la ocupación y escolaridad, las figuras 4 y 5 muestran la distribución en porcentajes de los participantes.

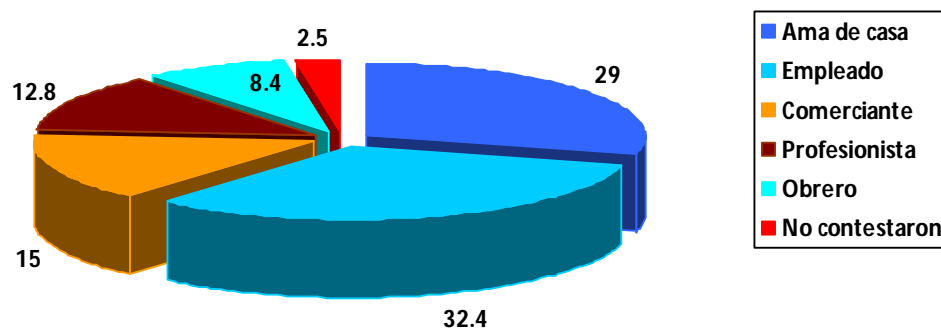


Figura 4. Ocupación de los participantes.

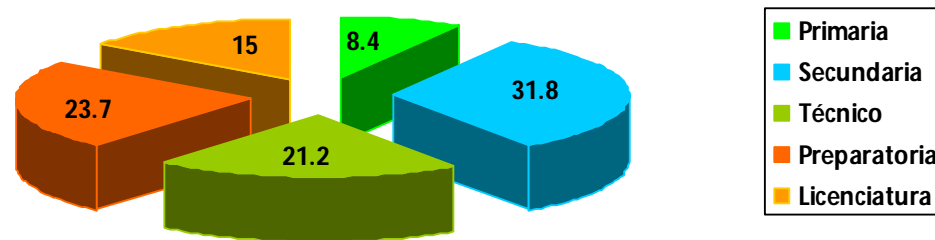


Figura 5. Escolaridad de los participantes

Instrumentos

Escala de funcionamiento familiar (versión corta) (García-Méndez & Rivera, en prensa)

La escala consta de 18 reactivos que explican el 52.928 de la varianza total con un alpha de Cronbach de .750. Los reactivos se distribuyen en cuatro factores (tabla 2).

Tabla 2. Factores que integran la escala de funcionamiento familiar

Factor	Definición	reactivos	Alpha
Ambiente familiar positivo.	Son los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que favorecen las relaciones familiares.	29, 34, 1, 26, 17, 15, 32.	.818
Diversión.	Se refiere a las actividades realizadas por los integrantes de la familia que involucran esparcimiento y recreación.	10, 24, 30, 6.	.697
Coaliciones.	Es cuando dos miembros de la familia se unen para obtener algún beneficio de un tercero.	11, 16, 18.	.711

Conflicto/desinterés.	Se caracteriza por una baja tolerancia y desinterés por los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo.	36, 25, 19, 21.	.617
-----------------------	---	-----------------	------

Cuestionario de apego adulto (Alonso-Arbiol, Balluerka & Sharver, 2007). El cuestionario se integra por 36 reactivos distribuidos en dos factores con un Alpha de Cronbach global de .859. El primer factor es el de *evitación*, que se refiere al grado en el cual una persona se siente incómoda dependiendo de la cercanía o proximidad (esto es, psicológicamente íntima) a otras personas (alpha de Cronbach = .877). El segundo factor es el de *ansiedad*, que se refiere al temor de rechazo o abandono por parte de una pareja romántica (alpha de Cronbach = .623).

- Factor 1: 18.9% de varianza. Se refiere a la dimensión de evitación.
- Factor 2: 15.7% de varianza. Se refiere a la dimensión de ansiedad.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2006). El BDI-II contiene 21 reactivos que evalúan los síntomas de los trastornos depresivos del DSM-IV (1994). Su consistencia interna es de .92 y cada reactivo es evaluado en una escala de cuatro puntos, con un rango de 0 a 3 y del que se obtienen valoraciones de 0 a 63 puntos los cuales se distribuyen en cuatro niveles de depresión:

- Depresión Mínima: 0 – 13.
- Depresión Leve: 14 – 19.
- Depresión Moderada: 20 – 28.
- Depresión Severa: 29 – 63.

Tipo de estudio

De dos muestras independientes.

Diseño

De más de dos muestras independientes (Kerlinger, 2002).

Procedimiento

La muestra se obtuvo de la participación voluntaria de hombres y mujeres interesados en dicha investigación, por lo que se procedió a la aplicación de los cuestionarios de funcionamiento familiar, estilos de apego y depresión, en los domicilios, lugares de trabajo y en escuelas. A todas las personas se les garantizó la total confidencialidad de sus datos, además de cuidar que se contestaran todos los reactivos y de resolver dudas surgidas durante la aplicación.

RESULTADOS

Para conocer las diferencias entre los niveles de depresión y el funcionamiento familiar se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA). Se obtuvieron diferencias significativas en las dimensiones de ambiente familiar positivo y conflicto/desinterés (Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias de los niveles de Depresión en las dimensiones del Funcionamiento Familiar.

FUENTE	Variable dependiente	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Niveles de depresión	Ambiente familiar positivo (entre grupos)	3	9.634	.001
	(intragrupos)	297		
	Total	300		
	Conflicto/Desinterés (entre grupos)	3	8.332	.001
	(intragrupos)	297		
	Total	300		

A partir de la prueba *Post Hoc* de Schéffe se encontró que el ambiente familiar positivo se mantiene con depresión mínima ($M = 4.052$) y disminuye con depresión leve ($M = 3.700$) y severa ($M = 3.285$). Las diferencias se presentan en la Figura 6.

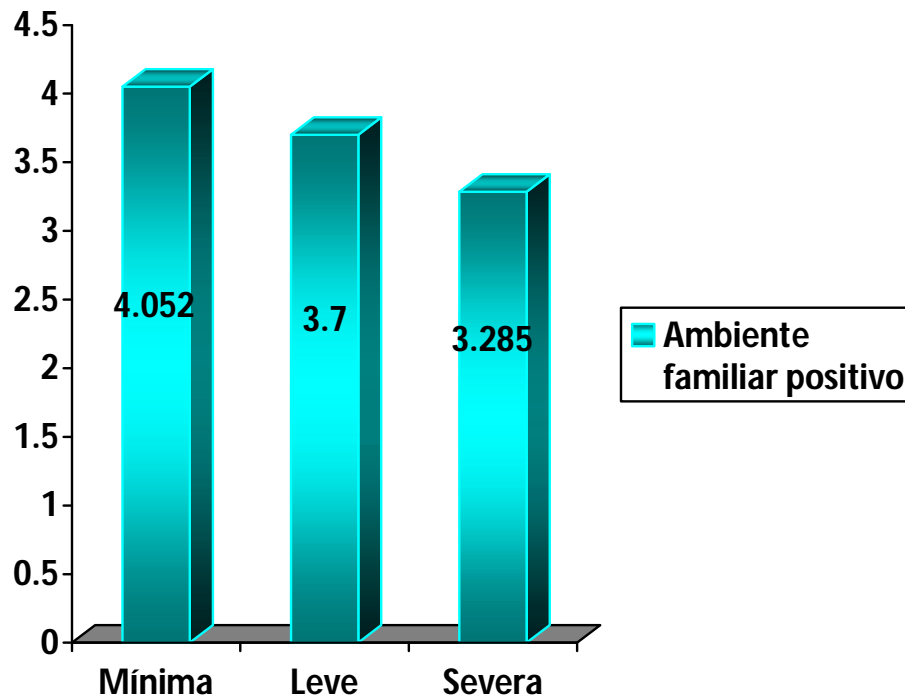


Figura 6. Diferencias del funcionamiento familiar a partir de los niveles de depresión.

La dimensión de conflicto/desinterés se ve afectada con depresión moderada ($M = 2.775$) en comparación con depresión severa ($M = 2.225$). Esto se presenta en las Figura 7.

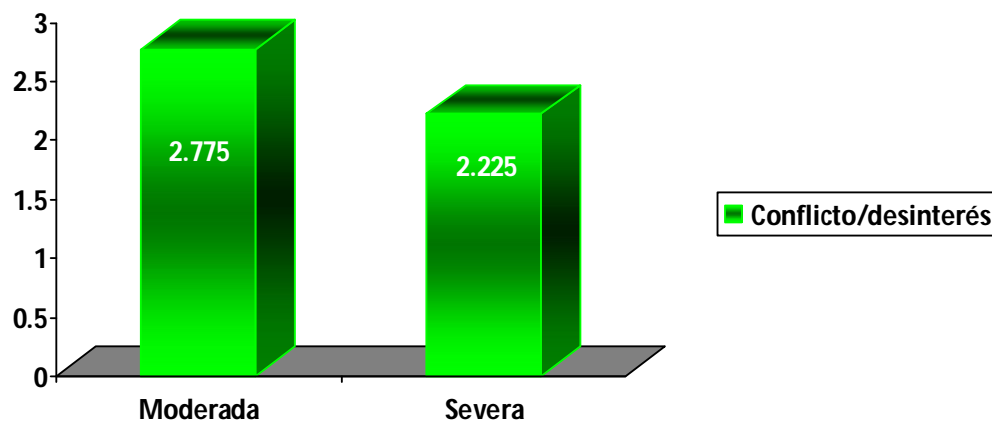


Figura 7. Diferencias entre depresión en la dimensión del funcionamiento familiar conflicto/desinterés.

De igual forma se realizó un análisis de varianza simple (ANOVA) para conocer las diferencias entre los niveles de depresión y los estilos de apego. Los resultados se observan en la Tabla 4.

Tabla 4. Diferencias de los niveles de Depresión en los estilos de apego.

FUENTE	Variable dependiente	df	F	p
Niveles de depresión	Evitación (entre grupos)	3	14.947	.001
	(intragrupos)	285		
	Total	288		
	Ansiedad (entre grupos)	3	9.400	.001
	(intragrupos)	288		
	Total	291		

Con la prueba *Post Hoc* de Schéffe se encontró que el apego evitativo es mayor con depresión severa ($M = 3.928$) y se mantiene con depresión moderada ($M = 3.594$). Ver figura 8.

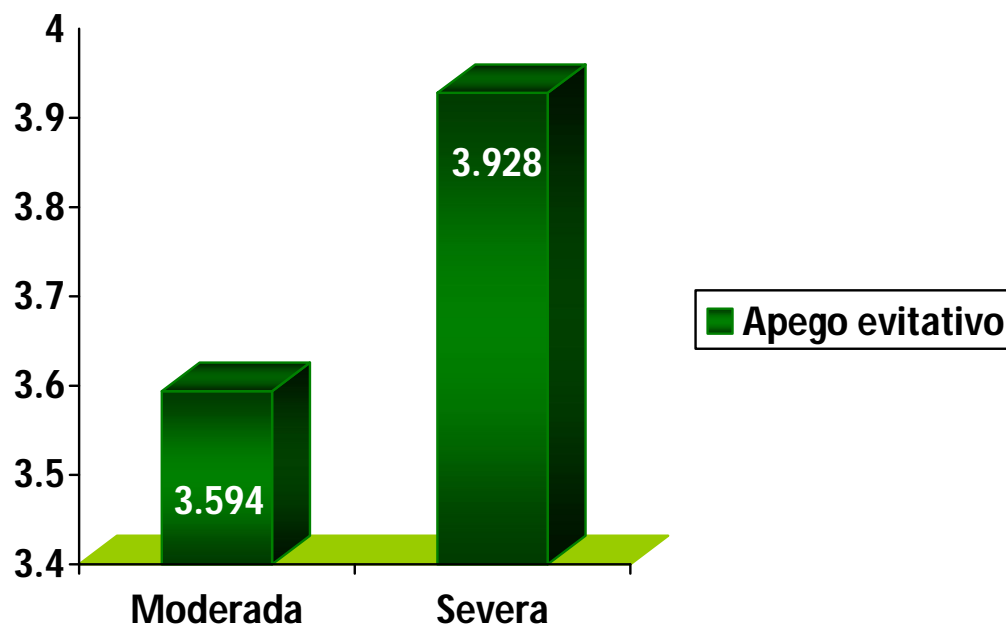


Figura 8. Diferencias del apego evitativo en función de la depresión y el apego evitativo.

Para la dimensión de apego ansioso se encontró que se mantiene con depresión mínima ($M = 3.138$) y se incrementa con depresión leve ($M = 3.891$) y severa ($M = 4.158$). Ver figura 9.

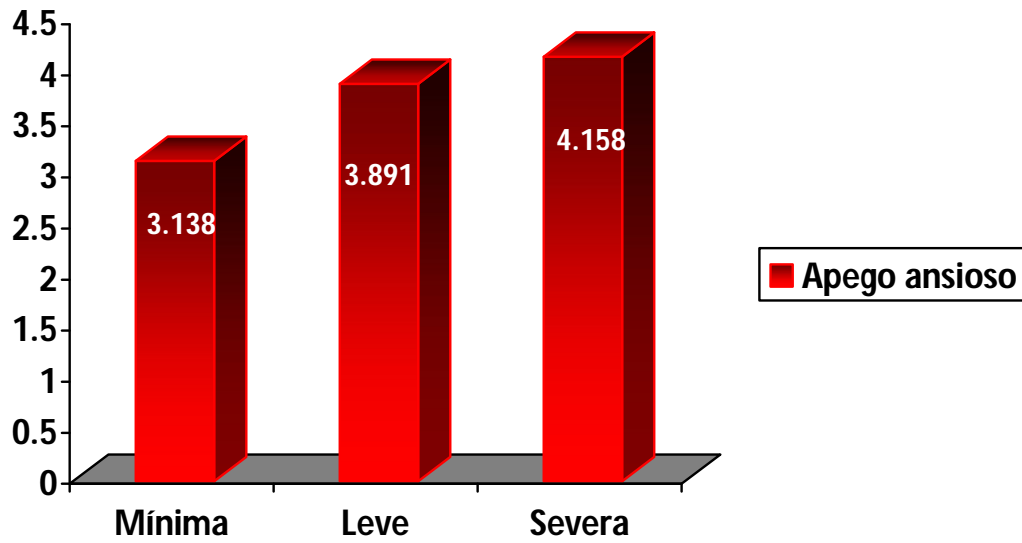


Figura 9. Diferencias entre la depresión y el apego ansioso.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que existe una relación negativa entre el ambiente familiar positivo y la depresión. Se observó que al aumentar los niveles de depresión los patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que favorecen las relaciones familiares disminuyen. Estos hallazgos se relacionan en lo encontrado por Álvarez-Ramírez, García-Méndez y López (2009), quienes señalan que al existir síntomas depresivos, el funcionamiento familiar se torna hostil y sin reglas claras de interacción.

De igual manera se encontró que un nivel de depresión moderado afecta el conflicto/desinterés en las relaciones familiares provocando una baja tolerancia y desinterés por los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo, al igual que como lo mencionan Katz y Woodin (2002); Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006); Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin, y Jiménez (2009) que al incrementarse la depresión aumentan las interacciones negativas y los conflictos familiares. Sin embargo se encontró que, cuando existe un nivel de depresión severo disminuye la afectación en ésta dimensión del funcionamiento familiar. Esto se puede ver apoyado con lo que menciona Díaz-Guerrero (2003) que establece que lo más importante en la familia es la cohesión, característica principal en la familia mexicana, además como señala García (2007) la cohesión es el factor que mantiene los lazos de afecto aun cuando uno de los integrantes de la familia esté deprimido.

Por otro lado, Bowlby (1995) señala que el ser humano tiene una necesidad primaria de buscar y mantener contacto con otro, sin embargo, la ausencia de una relación segura con otras personas significativas vuelve a las personas vulnerables a padecer problemas físicos o emocionales. De igual manera como lo mencionan Rivera, Cruz y Muñoz (2011) los estilos de apego inseguros se asocian a una mayor prevalencia de padecer algún problema emocional o patologías psiquiátricas. Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir y Weizman (2003), señalan que la presencia de síntomas depresivos se encuentran asociados a

modelos negativos de sí mismo y de los otros lo que redundara en una disminución en la probabilidad de establecer sanas relaciones afectivas y de pareja.

En éste sentido, en el presente estudio se encontró que el nivel de depresión severo afecta en el estilo de apego evitativo, provocando incomodidad dependiendo de la cercanía o la proximidad a otras personas y en el estilo de apego ansioso provocando un mayor temor al rechazo o abandono por parte de una pareja romántica.

Esto se apoya con lo que señala (Rivera, Pérez, Díaz-Loving, Flores y García, 2012) quienes tienen estilos de apego ansiosos y evitantes, manejan esquemas propios de inseguridad; que afectan la percepción personal e interpersonal, las expectativas, las emociones y los afectos. Es decir, que las personas que manejan estos tipos de estilo de apego, suelen tener resultados negativos en sus interacciones, debido a que aumentan la activación de esquemas relacionales que representan situaciones adversas y pueden desarrollar estilos de atención como la hipervigilancia, rechazo y angustia, lo que redundará en situaciones de entorpecimiento en las relaciones interpersonales que el individuo llega a establecer como lo es en la pareja y la familia. En éste sentido, una mala calidad en la interacción conducirá a sentimientos de inseguridad tanto de sí mismo como de los demás, lo que determinará las deficiencias emocionales.

De manera general se puede observar que el papel del funcionamiento familiar estable, hace posible que en su estructura se puedan cumplir de manera exitosa las metas y objetivos en común. El establecer y mantener un equilibrio ayudará a enfrentar de mejor manera las dificultades presentadas a lo largo de la vida, una mejor comunicación y salud mental.

Que al igual que como lo menciona Rivera y García (2007) cuando las relaciones son armoniosas, existe mayor claridad en cuanto a los límites, reglas y roles lo que permitirá una mejor adaptación del sistema familiar.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y de la información recabada, se reconoce el papel fundamental que la depresión juega en el entorno familiar y los estilos de apego. Ya que, se observa que la depresión actúa como un inhibidor de la cohesión, provocando mayor desinterés lo que redundaría en un ambiente familiar no muy positivo, sin embargo, el apoyo que la familia genera hacia la persona que la padece, favorece a mantener un equilibrio en su ambiente familiar.

Además, se observó de que la depresión favorece a los estilos de apego evitativo y ansioso, que son conductas predominantemente negativas, y que conlleva a la afectación del ambiente familiar positivo.

Así mismo, sería interesante que para estudios posteriores se consideraran los niveles socioeconómicos, ampliar la muestra a diversos sectores de la población para poder generalizar los resultados, así mismo, conocer si los años de relación, el nivel educativo, los diversos tipos de familias aportan mayor información con la finalidad de poder generar opciones que ayuden a las familias a tener un ambiente familiar positivo.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3), 211-222.
- Acuña, A., Chimal, I., Oliva, A. & Aguayo, G. (2002). Análisis del ambiente familiar en niños con trastorno de aprendizaje. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37 (1), 6-13.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N. & Shaver, P. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire, *Personal Relationships*, 14 (1), 45-63.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. L. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009, 9, 2, 205-216
- Alvarez-Ramirez, E., García-Méndez, M. & López, A. (2009). Síntomas depresivos: efectos en las dimensiones del funcionamiento familiar y de las estrategias de poder, *Revista Mexicana de Psicología, Número especial de octubre*, 533.
- Ares, P. (2002). *Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio*. La Habana: Félix Varela.
- Atri y Zetune, R. (2006). Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar. En: M. L. Velasco y M. R. Luna (comp.). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax México.
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión, *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República de Argentina*, 2 (2), 25-34.
- Barquero, J. A. y Trejos, J. D. (2003). Ciclos de vida familiar en condiciones de pobreza en Costa Rica: Estudio exploratorio con base en datos de las encuestas de hogares 1987-2002. *Tercera conferencia internacional Población del Istmo Centroamericano*.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model, *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K. & Shaver, P. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. Do they converge?. En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.) (pp. 25 - 45). *Attachment Theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5, 23-27.
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). BDI-II. Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Borges, G. Medina-Mora, M. E. & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46, 451-463.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bretherton, I. (1997). Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry and Human Development*, 28, 33 - 43.
- Bretherton, I. (1992). The origin of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759 - 775.
- Buchheim, A. & Moneta, M. A. (2003). El apego como contribución a la psicología del desarrollo. En M. A. Moneta, A. Buchheim, H. Kächele & J. F. Jordan (Eds.). *El*

- Apego. *Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Carrillo, S. (1999). Mary Salter Ainsworth (1913-1999). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (2), 383 - 386.
- Chappa, H. J. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Cochran, S. V. & Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspective*. San Diego: Academic Press.
- Condori, L. (2002). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima metropolitana*. Tesis de Magíster en Psicología, digital. Lima-Perú, UNMSM.
- Crowell, J., Fraley, R. & Shaver, P. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. En: J., Cassidy & P., Shaver. (Eds.) (pp. 434 - 468). *Handbook of attachment*. London: The Guilford Press.
- Curivil, P. & Carretero, M. I. (2007). *Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos del ánimo, enfocado a pacientes diagnosticados con depresión. Memoria para obtener el título de psicólogo*, tesis digital. Universidad de Chile.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *La psicología del mexicano: el descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Loving, R. (2008). De la psicología universal a las idiosincrasias del mexicano, En: R., Díaz-Loving, (ed.) (pp. 69). *Etnopsicología mexicana. Siguiendo la huella teórica y empírica de Díaz-Guerrero*. México: Trillas
- Díaz-Loving, R. (2011). Dinámica de las premisas histórico-socio-culturales: trayecto vigencia y prospectiva. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 3 (2), 174-180.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Villanueva, G. & Cruz, L. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: su exploración desde las creencias y las normas. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 3 (2), 128-142.
- Dio-Bleichmar, E. (1991). Depresión en la mujer, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (11), 283-287.
- Dottan, R. F., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion and adaptability. *Journal of Substance Use and Misuse*, 38, 271-292.
- Eguiluz, L.L. (2003). La familia. En: L. L. Eguiluz (Comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico* (comp.). México: Pax.
- Epstein, N., Bishop, D. & Levin, S. (1978). The McMaster of Family Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4, (4), 19-31.
- Escobar, T. (2008). *Miedo, depresión y autoestima*. Venezuela: Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression, *American psychologist*, 28, 857-870.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 89 - 111.
- Franchi, S. (2001). La depresión en el hombre, *Interdisciplinaria*, 18 (2), 135-154.
- García, A. R. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*, tesis de licenciatura. México: UNAM.
- García-Méndez, M. (2007). *Infidelidad y su relación con el poder y funcionamiento familiar: correlatos y predicciones*. Tesis de doctorado, no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *RIDEP*, 22 (22), 91-110.
- Garza, T. (2009). *Trabajo con familias*. México: UANL.
- Giberti, E. (2007). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Noveduc.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hillsdale, NJ: LEA.
- González, M. C. & González, V. A. (2005). Organizaciones familiares diferentes. Las familias reconstituidas. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8, (3), 17-27.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) (2010). "Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana": *Datos naciones*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI) (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos. México, INEGI.
- Jervis, G. (2002). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Madrid: Fundamentos.
- Jiménez, T., Musitu, G. & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y el consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 139-151.
- Katz, L. F. & Woodin, E. M. (2002). Hostility, hostile detachment, and conflict engagement in marriages: effects on child and family functioning. *Child Development*, 73, 636-651.
- Korman, G.P. & Saduriansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (1), 119-145.
- Landero, R., Estrada, B, y González, M. (2009). Depression and quality of life women in single-parent and nuclear families. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 171-1783.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford Publications, Incorporated.
- Lewinsonh, P.M., Gotlib, I.H. & Hauxinger, M. (2007). *Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos del estado de ánimo*. En V.E., Caballo (ed.) (pp. 125). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, Vol. 1. México: Siglo XXI.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A., Nava-Jiménez, G. & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista médica del instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3), 225-232.
- Lieury, A. (2002). *Memoria y éxito escolar*. México: Fondo de Cultura Económica
- López, A. F. & Lege, L. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (1), 32-46.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martinez, C. & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: una revisión, *Psykhé*, 14 (1), 181 – 191.
- Martinez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 317-338.

- Mendieta, I. (2007). *Funcionamiento familiar, satisfacción familiar e inteligencia emocional en mujeres casadas*. Tesis de maestría en psicología. México: UDLAP.
- Mendoza-Solís, L., Soler-Huerta, E., Sainz-Vázquez, L., Gil-Alfaro, I., Mendoza-Sánchez, H. & Pérez-Hernández, C. (2006). Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (1), 27-32.
- Millán, M. A. & Serrano, S. (2002). *Psicología y Familia*. Madrid: Caritas.
- Miller, I., Ryan, C., Keitner, G., Bishop, D. & Epstein, N. (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189.
- Minuchin, S. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Mora, A. & Rojas, A. (2005). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Psykhé*, 14 (1), 33-42.
- Mujika, I. (2005). *Modelos familiares y cambios sociales: la homoparentalidad a debate*. Gobierno Vasco: Aldarte.
- Nogales, V. (2007). *FACES IV. Ciencias psicológicas*, 1 (1), 191-198.
- Ocho de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la Teoría del Apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 65-81.
- Olson, D. (1988). Circumplex Model of Family Systems VIII: family assessment and intervention, En: D., Olson, C., Russell & D., Sprenkle (Comp.) (1988). *Circumplex Model. Sistemic, Assessment and Treatment of Families*. USA: The Haworth Press.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital Systems. *Journal of Family therapy*, 22, 144-167.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. En línea http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Paz-Navarro, L., Rodríguez, P. & Martínez, M. (2009). Funcionamiento familiar de alumnos con bajo rendimiento escolar y su comparación con un grupo de rendimiento promedio en una preparatoria de la Universidad de Guadalajara. *Revista de Educación y Desarrollo*, 10, 5-15.
- Pérez, P. I. (2007). *No puedo más. Intervención cognitiva-conductual ante la sintomatología depresiva en docentes*. Madrid: Walters Kluwer.
- Pinedo, J. R. & Santelices, M. P. (2006). Apego adulto: Los modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 201-210.
- Polaino-Lorente, A. (2000). *La depresión*. España: Martínez Roca.
- Polaino-Lorente, M. & Martínez, P. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. España: Rialp.
- Rage, E. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valadés.
- Revueltas, I. & Alberti, R. (2008). Depresión y entorno familiar, *Revista de Salud Mental*, 32, 110-127.
- Reyes, S., Valderrama, O., Ortega, K. & Chacón, M. (2010). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009. *Revista Aporte Santiaguino*, 3 (2), 2214-221.

- Rice F, Harol G, Shelton, K. & Thapar, A. (2006). Family Conflict Interacts With Genetic Liability in Predicting Childhood and Adolescent Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1, 65- 78.
- Rivera, D., Cruz, C. & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las relaciones de pareja en la adultez emergente: el rol del apego, la intimidad y la depresión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 77-83.
- Rivera, S., Pérez, C., Díaz-Loving, R., Flores, M.M. & García, M. (2012). El apego y la familia. *La psicología social en México*, 15, 475- 483.
- Robles, L. M. (2003). Formas y expresiones de la familia, En: L. L. Eguiluz (comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax-México.
- Rosas, M., Gallardo, I. & Angulo, P. (2000). Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. *Revista de psicología*, 9, 2-17.
- Ruiz, J. (2011). *Afectividad negativa y Personalidad*. En: J. Bermúdez, A.M. Pérez-García, J. Ruiz, P. Sanjuán & B. Rueda (Eds.) (249-286). *Psicología de la Personalidad*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED.
- Sáez, E. y Rosselló, J. (2001). Relación entre el ambiente familiar, los síntomas depresivos y los problemas de conducta en adolescentes puertorriqueños, *Interamerican Journal of Psychology*, 35 (1), 113-125.
- Salvador, B. (2009). *Familia: experiencia grupal básica*. España: Paidós Ibérica.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1995). *Trastorno del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología Vol. 2*. Madrid: McGraw Hill.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo la ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de especificidad de contenido de Beck, *anales de la psicología*, 9 (2), 133-170.
- Satir, V. (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax-México.
- Sobрино, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Revista Avances en Psicología*, 16 (1), 109-137.
- Thomas, J. (1987). *Avaluació de la família*, En: B. Salvador (2009). *Familia: experiencia grupal básica*. España: Paidós Ibérica.
- Tseng, M. & Mcdermott, J. (1977). Triaxial family classification. *Presentado en el VI Congreso de Psiquiatría en Honolulu, Hawái*.
- Tuesca, R. & Borda, M. (2003). Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 17 (4), 302-308.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México, En: C. Gomes (comp.). *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Valdivia, S. C. (2008). La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. *La revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Vara, A. A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Perú: Asociación por las defensas de las minorías.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En: A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología II*. Madrid: McGraw Hill.
- Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo (I): aspectos clínicos*. En F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría vol. II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8, (3), 417-449.
- Velázquez, L., Silva, P., Garduño, A. & Luna, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 10 (2), 31-56.

- Weinreich, M. & Hidalgo, C. (2004). Intervención de salud en familias de alto riesgo biopsicosocial: seguimiento a largo plazo del funcionamiento familiar. *Psyche*, 13 (1), 33-42.
- Yarnoz, S., Arbiol, I. A., Plazaola, M. & Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros, *Anales de Psicología*, 17 (2), 159 – 170.
- Zaldivar, P. (2008). *Funcionalidad familiar*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Zandío, M., Ferrín, M. & Cuesta, M. J. (2002). Neurobiología de la depresión, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3), 43-62.