

302925

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México



**ESTUDIO COMPARATIVO DE SINTOMAS DEPRESIVOS QUE PRESENTAN
LAS MUJERES ADOLESCENTES DE CASA HOGAR Y
LAS MUJERES ADOLESCENTES DE CASA FAMILIAR**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
SANDRA CRUZ MENDOZA
DIRECTORA DE TESIS; MA. DE LOS ANGELES FIGUEROA AEYON

MEXICO D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

AGRADECIMIENTO.

Te agradezco a ti, que pese a mis tropiezos me hiciste renacer ante una ilusión que hoy lo veo hecho realidad.

A ti quien nunca has dejado de estar en mi existir, a ti que gracias a la duda vuelvo a creer que existes y estas de tras de mí.

Gracias Dios que me permites hacer realidad esta ilusión.

Agradezco a mis padres y hermanos quien con su amor y apoyo me brindaron fortaleza para seguir, a mis cuñados que siempre me me ofrecen la mano para no caer.

Así a mis amigos por su apoyo y comprensión, a mis profesores que con todo su amor y profesionalismo me comprometen a luchar por un mejor ideal, sin dejar de prepararme si no para igualarles, si para seguir el ejemplo.

& & I N D I C E & &

I N T R O D U C C I O N .
J U S T I F I C A C I O N .

C A P I T U L O I

ADOLESCENCIA

	Pag.
1.1 DIFERENTES PERSPECTIVAS EN CUANTO AL SUCESO BIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE	1
1.2 SOCIEDAD, FAMILIA Y NOSTALGIA	10
1.3 PERSONALIDAD, SEXUALIDAD Y REGRESIÓN	21
1.4 LA NIÑA SE HACE MUJER " DUELO O DEPRESIÓN "	32

C A P I T U L O II

DEPRESIÓN

11.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN	41
11.2 LA DEPRESIÓN VISTA DESDE DIFERENTES ENFOQUES LO MISMO QUE SU PERSONALIDAD	46
11.3 A QUÉ EDAD SE PRESENTA LA DEPRESIÓN	65
11.4 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	74

C A P I T U L O I I I

METODOLOGIA

	Pag.
III.1 OBJETIVO	83
III.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	83
III.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA	83
III.4 FORMULACION DE HIPOTESIS	84
III.5 DEFINICION DE VARIABLES	85
III.5.1 DEFINICION CONCEPTUAL.	
III.5.2 DEFINICION OPERACIONAL.	
III.6 POBLACION Y MUESTRA	86
III.6.1 POBLACION.	
III.6.2 MUESTRA.	
III.7 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	86
III.7.1 HISTORIA DEL INSTRUMENTO.	
III.7.2 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.	
III.8 PROCEDIMIENTO	87
III.9 DISEÑO DE INVESTIGACION	89
III.10 ANALISIS ESTADISTICO	89

C A P I T U L O I V

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

IV.1 RESULTADOS	91
IV.2 CONCLUSIONES	92
IV.3 SUGERENCIAS	96
BIBLIOGRAFIA	97

INTRODUCCION

La selección del tema de esta investigación obedece a que en las últimas fechas la depresión ha afectado a la mayoría de la población mexicana; por tanto encontramos que ésta (depresión) es un efecto de fuerzas y variables tanto externas como internas, es así como en las primeras (externas) podemos observar que a medida que la tecnología avanza, la devaluación del peso persista, la exigencia de una mejor preparación académica para la obtención si no para un digno y buen empleo cuando menos un empleo; la invasión de la publicidad referente al doble sentido que manejan, el constante bombardeo de drogas al alcance de los jóvenes, provoca que con vehemencia los adolescentes se vean involucrados en esa ruleta de etiquetas para poder acoplarse mejor al rol social al cual pertenecen.

Si bien lo expuesto por S. Freud, nos lleva a observar la respuesta ante la segunda fuerza (internas) en lo cual Freud constituyó un referente importante ya que señala que la niña puede percatarse de la falta de un órgano, con el cual cuenta tanto el padre como el hermano, esto le ocasiona el involucrarse en el rol de la femineidad; aunque con un poco de recelo y de angustia la adolescencia es un proceso que ayudara a las personas a entender mejor su rol (femenino) e ir comprendiendo y aceptando a aquella madre, la cual no le brinda lo mismo que al hermano, pero que podrá alfiarse a ésta ya que ella también carece de un miembro externo, eso le obligara a mostrarse un poco más noble, sin embargo esa adolescente sabe que una vez llegada cierta edad sera capaz de conseguir una pareja la cual le brinde un hijo concluyendo la satisfacción de tener de lo que ella careció (de un falo).

En el presente trabajo el Capítulo I procede a tratar lo referente a los sucesos psicológicos, biológicos y sociales que durante la adolescencia hacen permanente su estadio, no obstante se logra tratar los múltiples papeles a los que se encuentra expuesta dicha población (Adolescencia), es importante resaltar que la sexualidad y las regresiones forman parte del proceso en desarrollo para lograr una personalidad futura, adecuada e inadecuada pero su personalidad, se relaciona íntimamente del historial infantil el cual le halla acompañado hasta llegada la pubertad.

No obstante ese proceso lleva a la futura mujer a presentar síntomas depresivos, el hablar de síntomas depresivos es por que en la adolescencia la joven es vulnerable a la presencia de esta. Se cursara por muchas pérdidas de las cuales es necesario aprender a superarlas, aunque con empujones y estirones habrá adolescentes que les resulte difícil superar, ocasionándoles el diagnóstico de depresión, pero como dentro de esta investigación no se pretende llegar al diagnóstico se hablara del sintoma depresivo.

La adolescencia es el proceso por el cual todo adulto ha crecido sin embargo pocos son los adultos que pueden llegar a comprender como fue esa transición de su vida que cuando se ven frente a un hijo adolescente se miran como ajenos a la forma de como se deben comportar con estos, y como no si la cultura interviene en gran medida en cuanto a la educación, las amistades en la relación con los adultos, la depresión misterioso visitante el cual sera preferible saber detectar para no pagar grandes consecuencias por ocultar ese estado emocional que ocasiona alteraciones en diferentes aspectos psicologicos del individuo, sus ideales se ven entorpecidos por su temor a fracasar e incluso pueden llegar a tropezar mil y una veces con tal de no sentir la satisfacción de la que esos sujetos no se sienten merecedores.

El capítulo II nos hablara de todo lo que nos puede ayudar para marcar y distinguir la depresión, sin duda nos hablara de los rasgos que pueden manifestar las personas para así saber que en los momentos de angustia o rebeldía el joven esta mandando gritos de ayuda para que le socorran en los síntomas depresivos con los que generalmente inicia la depresión.

Es así que la adolescencia ha sido vieta como un proceso el cual desencadena una "crisis" la cual irrumpe en la tranquilidad de los adultos y algunos hermanos que no comprenden el proceder con esos jóvenes los cuales actuaban de manera diferente hasta hace apenas un par de meses, como los pueden encontrar tan accesibles para realizar algunas tareas, pero al mismo tiempo se mostraran tan agresivos por haberlos llevado a realizar algo tan desagradable para su edad.

Sin duda para determinar la depresión en cada persona sera necesario un buen manejo del término así como poder entender a que edad se puede hacer acreedor la persona para determinar que realmente padece de una depresión como patologia o simplemente como un síntoma el cual puede estar presente por las pérdidas a las que esta sujeta la persona y que de manera sutil puede manejar ese tipo de síntomas.

En el capítulo III nos encontraremos con la parte de la metodología, la cual nos dará la pauta para conocer acerca del objetivo del presente trabajo, el planteamiento del problema, sus delimitaciones, la formulación de hipótesis, definición de variables, población y muestra, descripción del instrumento, así el procedimiento, el diseño de investigación y su análisis estadístico.

Podemos observar como la adolescencia pasa por muchos cambios de índole bio-psico-social que ayudara a estos mismos a restablecer sus emociones y los síntomas depresivos. Para lograr esto fue necesario detectar la Lista de Adjetivos de Depresión (LAD), como instrumento para medir lo que precisamente se desea, los síntomas depresivos de las mujeres adolescentes de los grupos de casa hogar y de casa familiar.

A través del instrumento se podrá detectar en cual de los dos grupos se pueden manifestar mayor número de síntomas depresivos, ambos grupos constaron de 77 participantes cada uno dividido en 30 mujeres de 14 años, 22 mujeres de 15 años y 25 mujeres de 16 años. Con un total de 154 sujetos; una vez obtenidos los resultados de LAD, se logro hacer el análisis estadístico mediante el estadígrafo de la "T de Student", la cual es factible de aplicar a poblaciones pequeñas para comparar muestras.

Mediante la varianza típica se logra conformar la "T de Student" una vez obtenidos los resultados se procede a compararlos con la tabla de la "T" donde el factor 0.5 no deberá ser superado por el resultado de la probabilidad para ser aceptada la hipótesis nula, pues de lo contrario la hipótesis que se aceptara sera la alterna.

A todo lo anterior logramos llegar al Capítulo IV encontrando en éste los resultados, las conclusiones y sugerencias que a lo largo del trabajo se logro determinar.

Por ultimo encontramos los anexos en los cuales nos mostraran las gráficas, el cuestionario de LAD, la ficha de datos demográficos. Es así como se intenta lograr una concientización en cuanto al proceso de los adolescentes por parte de las personas por las que estos se encuentran rodeados, sin olvidar los dos grupos implicados en el presente trabajo y los síntomas depresivos que pueden llegar a causar grave desenlace ante lo inadvertido de la depresión.

J U S T I F I C A C I O N

La meta de esta investigación es dar a conocer en cual muestra de adolescentes es más factible que se hagan presentes los síntomas depresivos, ya sea en mujeres adolescentes que viven en casa hogar o en mujeres adolescentes que conviven en un ambiente familiar.

Tomemos en cuenta que la adolescencia es un estadio donde la persona se siente poco comprendida, muy desamparada y que los problemas que se hacen presentes son los peores que la pueden ocurrir, sin embargo estos adolescentes pueden encontrar una aparente puerta de solución a sus problemas, siendo que esa puerta puede acarrearles cierta agresión que puede desencadenar en el suicidio y aunque por fortuna en la mayoría de los casos no se actúa, la adolescencia ha sido la etapa de la vida donde la depresión pueda cobrar el mayor número de víctimas, dado el proceso que tiene esta y su inestabilidad emocional.

Otra de las puertas falsas podría ser la drogadicción, el aliarse con personas delincuentes, un embarazo no deseado, etc. sin embargo menciono esto, no por que sea tema directo de la investigación, más bien por que es el adolescente quien no llega a pedir gritos de auxilio, pero que tampoco quieren verse totalmente a la protección del adulto, es por eso que el adulto en afán de que elijan una buena carrera, buenas compañías y una pareja con "buena estabilidad económica, social y familiar" hace lo imposible por que el adolescente siga al pie de la letra sus advertencias y le obedezca como cuando era un niño; sin embargo eso ya no puede ser y el adolescente aunque pide libertad también pide apoyo y sostén para enfrentarse a lo nuevo que le espera.

Sin duda se podría llegar a suponer que las mujeres adolescentes que se muestran más susceptibles a la depresión y con falta de un sosten familiar pueda estar un mayor grado de síntomas depresivos, sin embargo en la actualidad la desintegración en los hogares puede marcar un gran número de mujeres adolescentes que también cureen por síntomas depresivos mayores a las habitantes de casa hogar o quizá similar.

Es precisamente que se considera importante la investigación de este trabajo ya que a través de los resultados podamos aclarar lo que en 1995, en un congreso realizado en las instalaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se decía que el adolescente de casa hogar era quien presentaba mayor número de pacientes depresivos, siendo que con el presente estudio comparativo se tiende a ampliar más la investigación al respecto y encontrarnos al pendiente de lo que sucede en la cabeza de esos adolescentes.

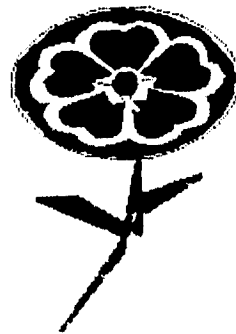
Es claro ver que las investigaciones realizadas en los adolescentes han sido abundantes, y que la depresión por separado también, pero quizá el móvil más latente es el suicidio que una vez conformados estos dos temas llevan a la persona a realizarlo, y quizá se pregunten ¿por qué no investigar acerca del suicidio como tal? Pues bien resulta que la persona que realiza un suicidio tuvo que haber cursado por los síntomas depresivos para desencadenar en el suicidio, es así que si en vez de ampliar el tema nos preocupamos por obtener las medidas necesarias en la prevención, si no de los síntomas depresivos si del suicidio, a través de detectar los gritos de auxilio que hace el adolescente y que en los momentos de "crisis" como los llama Blois y Gesell entre muchos autores más, el adulto este al pendiente de estos y no tan solo preocupados por que no entiende sus ordenes como cuando era un niño.

Llegó el momento en que papás aprenderán que la juventud no se acaba con el hecho de comprender al adolescente y aceptar que su hijo esta a un paso de ser autoeficiente. Así también, los conflictos que logran mantener algunas familias y que en vez de ayudar al adolescente lo desequilibra más y puede llegar a ser la causa de que en ambos grupos no exista gran diferencia.

Por tanto era necesario que al concluir en cual de los grupos se presenta mayor número de síntomas depresivos se este al pendiente para brindar seguridad al futuro adulto que tratara a sus antecesoros como a el lo trataron, tratemos de brindar comprensión y apoyo a esos adolescentes que andan en buca de lo inexplicable.

CAPIULO 7.

ADOLESCENCIA



QUE ES LA ADOLESCENCIA "

Resulta increíble la manera tan diversa como se emplea cotidianamente el término adolescencia, sin embargo al cuestionar algunas personas y preguntar que es lo que realmente entienden por la misma, al igual la edad en la que se presenta y en la cual termina, lo más cotidiano de las respuestas, es el entenderlo por medio de los diversos cambios físicos y tomando en cuenta los aspectos psicológicos de forma restringida e incluso dejándolos pasar sin mayor importancia. Es por lo mismo que antes de introducirnos al tema por completo y ver la importancia de los cambios tanto físicos, sociales y psicológicos, daremos un concepto de lo que significa la palabra adolescencia y la opinión de diferentes autores al respecto, tomando en cuenta que la mayoría de estos pertenecen a la corriente psicoanalítica.

El término ADOLESCENCIA Tomado del latín , participio presente del verbo Adollescere, significa CRECER, mientras el adulto parece relativamente estable y acabado, es el resultado de un proceso de crecimiento, así el adolescente se considera como un proceso; sería el cambio de un estado a otro. Podemos encontrar que dentro del vocabulario latino, la palabra Adolescente es de suma importancia, ya que son varios los verbos que hacen referencia a ésta, de este modo se presenta Adolescentior, arí = "comportarse joven; Adolescenturio, ire; = tener el carácter de un joven. Esto nos remite a ver que el adolescente tiene una conducta y carácter específico.

El término Pubertad también será definido debido al empleo de esta palabra en el presente trabajo. Pubertad proviene del término latín Pubertas = edad de la nubria, referente al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, los cambios glandulares y las transformaciones del tono en voz, el pelo corporal y la estructura del cuerpo.

Los romanos aceptaban que entre el niño y el adulto, se presentaba un estado intermedio (la ahora llamada adolescencia temprana). Las todas las sociedades admiten por lo menos cuatro clases de edad: Recien nacido- Niño- Adulto- Anciano; y la adolescencia solo en muy pocas culturas es tomada en cuenta, por lo que posee modelos de conducta diferentes tanto en la niñez como en la adultez.

Sin dejar pasar por alto que los adultos se sienten doblemente afectados por la evolución del adolescente, ya que espera que este le proungue y le demuestre que ha educado bien a sus hijos, puesto que teme ser responsable de un fracaso eventual, pero sin descartar a esa persona como un rival, dicha actitud ambigua y contradictoria del adulto hacia el adolescente aparece como eco para los mismos adolescentes. Tomemos en cuenta a la Adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que había sido interrumpida por el periodo de latencia.

1. 1 ** DIFERENTES PERSPECTIVAS EN CUANTO AL SUCESO **
 * BIOLÓGICO Y PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE *

&& El hombre en general, no está hecho para quedarse siempre en la infancia. Sale de ella en la época prescrita por la naturaleza; y este momento de crisis, aunque bastante corto, tiene largas influencias && (Dolto Françoise, 1980).

El Grupo para el Progreso de la Psiquiatría en 1968, nos dice que la adolescencia es un fenómeno evolutivo específico del hombre, lo cual es diferente a la pubertad, que es considerada como un proceso de crecimiento, de maduración hormonal; y en cuanto se refiere a la adolescencia es un proceso psicológico, social y de maduración suscitado por la pubertad.

Coleman (1980), aporta que la adolescencia es un estado normal del desarrollo complejo y contradictorio, considerándola como el estadio del ciclo vital que comienza con la pubertad llegando a la culminación cuando el individuo ha llegado a la "maduración". Para Dupon, la adolescencia es de una fenomenología peculiar donde participan complejos de índole biológica, psicológica, sociológica y cultural, los cuales interactúan e influyen de manera importante (citado por Calderón 1984).

Cuevas (1988), menciona que la adolescencia es una etapa donde el sujeto busca establecer su identidad como adulto; de acuerdo a lo recibido de las relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante los elementos biológicos y que tienden a la estabilidad de la personalidad en cuanto al plan genital, siendo esto posible si se presenta el duelo por la identidad infantil. Por tanto la adolescencia es un periodo de transición entre la pubertad y el estadio adulto en su desarrollo, donde intervienen aspectos biológicos, sociales y culturales (citado por Ramírez 1988).

Ramírez (1975), menciona que a toda edad se presentan problemáticas, dando por resultado contradicciones en cuanto a las potencialidades biológicas del sujeto y las posibilidades que la cultura brinda para satisfacerlas; por tanto considera que en nuestra cultura, la adolescencia es el resultado del conflicto entre una biología propia, la maduración y la sociedad prohibitiva.

López (1982), refiere que en la clase media urbana contemporánea el proceso de adolescencia es cada vez más prolongado, ya que se tienen que concluir múltiples facetas (citado por AxelRod 1990).

La adolescencia es el periodo comprendido entre los doce y los dieciocho años, durante el cual se presentan una serie de cambios físicos conocidos como el ciclo del crecimiento de la pubertad, donde aparecen las características sexuales secundarias; por tanto el crecimiento del pelo en la cara, las axilas, y alrededor de los órganos genitales, ensanchamiento de hombros, en tanto que

la mujer se hace mujer cuando se desarrollan sus senos, ensanchan sus caderas, aparece el vello en axilas y pubis. En ambos el tono de voz adquiere un timbre característico del adulto, es precisamente en esta etapa donde los órganos genitales externos e internos se desarrollan y agrandan, apareciendo en la niña la menarca (su primer menstruación).

Algunos prolongan la infancia a la edad de 14, vista como una simple transición para llegar a la edad adulta. Algunos la definen en términos de crecimiento, como la etapa del desarrollo tanto muscular como nerviosa, tratando de prolongarla hasta la edad de los veinte años.

La Adolescencia está caracterizada por los cambios físicos, los cuales reflejan las facetas de la conducta; los adolescentes de ambos sexos se ven afectados por los cambios que presentan sus cuerpos, al igual en el inconsciente, el proceso de pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva; por tanto el infante que no logra cursar por el periodo de latencia se vera derrotado por el periodo de pubertad, ya que como requisito para poder implantarse en la adolescencia, se tuvo que cursar con éxito el periodo antecedente (de latencia).

El niño entra en la adolescencia con bastantes problemas, conflictos e incertidumbres los cuales se multiplican en este periodo, obteniendo como resultado una salida satisfactoria marcando el carácter y personalidad del adulto. Ya se hablaba que la pubertad se refiere al periodo que antecede al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Entonces el periodo de la adolescencia es aplicado para calificar los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad.

Así se podría encontrar que la fase de la preadolescencia se puede prolongar por mucho tiempo, pero sin afectar la progresión de la maduración física. Este suceso produce un nuevo impulso y una nueva organización en el Yo, reconociendo el modelo del desarrollo de la niñez temprana, donde las organizaciones mentales se forman en asociación con las funciones fisiológicas, de tal modo que se establecen las zonas erógenas del cuerpo.

Piaget (1969) demuestra que durante la adolescencia se produce el último paso y el de mayor importancia en el desarrollo cognitivo; tiene la oportunidad ahora de realizar operaciones mentales con objetos que no se hayan presentes en el momento; La obra de Piaget ha señalado que el pensamiento alcanza su liberación final en esta etapa (la adolescencia). Por lo tanto ve la Adolescencia donde este se integra a la sociedad de los adultos, misma que no ve por debajo del nivel de los mayores, más bien al igual que estos con lo que respecta a sus derechos, y más frecuentemente por encima de estos: lo anterior debido al egocentrismo y narcisismo que les ha sido señalado en épocas anteriores.

Nixon (1961) nos dice que la autocognición es una manifestación biológica la cual se relaciona con el sí mismo, el símbolo que

cada persona posee de su propio organismo, el sí mismo, mejor conocido como el Self, implica una amplia etapa de desarrollo, ante el conocimiento de la individualización biológica y social del sujeto que tiene características propias de cada edad evolutiva como la adolescencia (citado por Estrada 1992). A lo que agrega Flavell (1963) la diferencia entre las operaciones formales y todos los modos anteriores de pensamiento, durante la infancia, refiriéndose a la aparición entre la diferencia de lo Real y de lo Posible; logra su incremento hasta la fase de las operaciones concretas en la pubertad (citado por Axelrod 1987).

Blos en 1969, señala que durante la niñez temprana y la pubertad hacen su aparición en el tutelaje de las funciones fisiológicas, la fase de la lactancia en la infancia y en la madurez genital la pubertad. Se sabe que al comienzo de la vida, los impulsos instintivos preparan el aparato perceptivo motor para la reducción de la tensión. Entonces la larga duración de la dependencia infantil es lo que forma al individuo, por lo tanto el desarrollo de la memoria, la causalidad, la conciencia y la fantasía, hacen permisible el pensamiento y el conflicto. Encontramos que la personalidad se halla gradualmente envuelta en el mantenimiento de la homeostasis psicosomática.

Stone, comenta que en las jóvenes una vez sucedida la menarca indican interés heterosexual al igual que el interés en el adorno de su persona, revelando poco interés en las actividades deportivas y otro tipo de actividad física de gran fuerza, ya que prefieren las actividades imaginativas o lo que es el soñar despiertas (citado por Ramírez en 1988).

Platón mencionaba la ocurrencia de emociones, pasiones y ardientes relaciones en la pubertad, haciendo hincapié en la observación cuidadosa de las niñas.

No es por demás advertir que los adolescentes sufren una fuerte atracción hacia las personas mayores del sexo opuesto, lo cual es visto desde el psicoanálisis como el esfuerzo final por alcanzar su blanco originario de la libido (de ese modo si no se permite obtener a papá o mamá si lo será con alguien parecido). Si encontramos que los temores han sido extremos y/o reforzados por experiencias dolorosas relativas a los impulsos sexuales, la persona joven puede ser incapaz de superar todas aquellas prohibiciones del Super-yo (más adelante se detallara este punto).

Así S. Freud en 1914, creía que en la adolescencia la libido se concentra finalmente en el área genital del cuerpo, de tal forma que marque la definición de la madurez, definiendo el periodo de latencia, como las prohibiciones del Super-yo, las cuales comienzan a demostrarse, los temores edípicos forman parte de las prohibiciones Superyoicas, las cuales frente al sexo pueden ser eludidas, puesto que los adolescentes encuentran objetos sexuales, es aceptable que esos nuevos objetos reemplacen a las primeras figuras parentales. Esto nos hace recordar que durante el

complejo de Edipo, las prohibiciones Superyoicas más fuertes estaban relacionadas con los impulsos sexuales dirigidos hacia los progenitores.

Rapaport (1980) menciona que cuando un hombre y una mujer pueden establecer relaciones sexuales satisfactorias para ambos (correspondiente a personas también de más edad), sus cuerpos se unen y las substancias corporales son mezcladas. Siendo pues el caso ideal, da por resultado un orgasmo, proporcionando la liberación física de la tensión que proporciona un agudo placer. S. Freud ha comentado que los deseos sexuales producen una tensión tan elevada, y la necesidad de gratificación es tan grande, que las personas jóvenes ven ese acto con tonos rosados.

El mismo Freud comprende que la adaptación genital muestra dos pasos generales: Uno.- el adolescente tendrá que romper las barreras Superyoicas para poder iniciar su actividad heterosexual, visto psicológicamente como la ruptura del ligado complejo de Edipo. Dos, una vez dada la ruptura, comienza la difícil búsqueda de una buena relación genital.

Harry S. Sullivan (1949), veía al adolescente de modo similar al de Freud, donde la sexualidad genital comienza cuando el joven descubre el apetito sexual; de ese modo ambos dividieron dicho periodo en dos fases. En la primera fase Sullivan demuestra que el adolescente rompe con las prohibiciones sexuales normales, durante la adolescencia temprana. En la segunda fase muestra que la persona joven presenta una mejor comprensión del sexo y busca las relaciones, durante la adolescencia tardía.

Durante la adolescencia temprana se pueden manifestar con claridad tres necesidades fundamentales de la personalidad. En la primera encontramos la necesidad de seguridad-liberación, referente a la ansiedad; la Segunda la ansiedad-intimidad, de colaboración estrecha con otra persona; y por último la Tercera como la necesidad de satisfacer el apetito sexual y de lograr el orgasmo.

Sullivan se refiere a la adolescencia tardía como el periodo de la transición a la adultez, este periodo comienza cuando las personas jóvenes alcanzan una pauta satisfactoria de actividad sexual genital, dando fin cuando se muestran capaces de establecer relaciones interpersonales auténticamente maduras. Ahora bien tanto Freud como Sullivan mencionan que la sexualidad crea problemas en la adolescencia, pero Sullivan percibe estos problemas ligados a los factores sociales de la personalidad, por lo tanto la diferencia radica en que el impulso sexual no es más que una necesidad fisiológica básica, siendo necesario integrar otras necesidades sociales y así la personalidad se pueda desarrollar de forma saludable. Sin embargo para Freud dicho impulso sexual se presenta de forma directa, la libido que todo penetra, lo que le convierte en mucho más que una necesidad fisiológica.

Erik Erikson (1942), describe la posibilidad del desarrollo de la personalidad del adolescente mediante los polos de "Identidad" y de la "Confusión de Roles". Se presentará entonces un desarrollo

sano, mostrando la adquisición de un sentido de identidad del Yo; lo que incluye la interpretación de que el fracaso en lograr la identidad tiene sus bases en la confusión de roles, así como incluye el énfasis en la sexualidad y en la elección vocacional como los dos fundamentos principales de la identidad. Durante la adolescencia los cambios sexuales y otros típicos en esta etapa, imponen una reorganización del concepto de sí mismo, la cual culmina en el sentido de identidad, que dependerá de forma importante del modo como el adolescente avizora su futuro, pero lo que lleva a los cambios de la reorganización son los propios de la pubertad y los que se vinculan a la misma; las aspiraciones con respecto al rol del adulto determina el impulso o la dirección de sus reorganizaciones.

Blos (1969), nos dice que la post-adolescencia es un periodo en cuyo transcurso el individuo elabora la relación final con sus progenitores. La transición a la edad adulta implica un ordenamiento final de los atributos de la personalidad, relacionados a la experiencia con ellos. También existe en estos adolescentes un incremento en la estatura de diez a quince centímetros; en las niñas.

La mayoría de los adolescentes se encuentran interesados por la normalidad de sus estados físicos. La ausencia de normas de edad definida referente a la fisiología del adolescente, sólo puede llevar a la incertidumbre. Las diferencias físicas que existen entre los sujetos en cuanto a un nivel de madurez comparable y estas diferencias son mayores en un grupo del mismo nivel de edad, dando por resultado manifestaciones diversas, tal es el caso de las niñas con la variación del ciclo menstrual y el desarrollo de los senos; y entre los niños la variación del desarrollo genital, cambio de voz, y aparición del vello facial, denotando el crecimiento asimétrico, puede ser el causante de las exigencias extremas a la adaptabilidad física y mental del individuo; a esto se le puede considerar, que el crecimiento frecuentemente deberá considerarse como una secuencia de cambios súbitos, en lugar de una progresión gradual y suave. El momento de crecimiento para el adolescente sucede durante el décimo año en las niñas y durante el decimoquinto en los niños. Dichas indicaciones tan notables de maduración sexual, darán la pauta al crecimiento físico con un significado muy personal.

La adolescencia es la parte crucial para que el cuerpo marque sus cambios aunque estos no sean de igual forma en todo el organismo, podría determinarse que lo que primero crece son las piernas, terminando así en su crecimiento total, las caderas se ensanchan antes que los hombros. El crecimiento del tronco y del pecho se presentan más tarde. El incremento en los músculos y peso tiende a presentarse al final. Entonces la gordura subcutánea, en especial de los jóvenes aumenta considerablemente antes que se complete el crecimiento en altura.

El adolescente no se acepta en su totalidad, por lo que desea imitar algún standard, siendo tarea del adulto reconocer las potencialidades psicológicas de amplios márgenes de variación

para anticipar las ansiedades que frecuentemente se desarrollan en esta etapa, donde se creen diferentes a los demás. Es fácil encontrar en estos chicos sentimientos de ansiedad en base a su creencia de ser anormales; es precisamente por lo que no hay que tomar en cuenta los promedios y la edad cronológica, más bien el amplio margen de variaciones que se encuentran en los límites de la normalidad.

El adolescente puede estar tan preocupado por encontrar su independencia que puede llegar demasiado lejos; en cuanto el punto de vista psicológico se puede presentar el rechazo de todos los valores de sus progenitores, e incluso aquellos que precisan una vida ordenada y con realismo en la soledad.

Diferentes autores han podido diferenciar las etapas, tomando en cuenta el desarrollo de la inteligencia. A través de una serie de jerarquías, viendo el modo como se desarrolla el pensamiento racional característico del pensamiento adulto. De tal modo que el individuo hace cada vez más ricas e íntimas las interacciones entre lo que es el individuo-ambiente.

Son necesarios los cambios, para lograr su capacidad psicofisiológica, el aprovechar al máximo lo que nos proporciona el ambiente, siendo importantes los factores que parecen intervenir en la formación de esta etapa: El factor de maduración y el de aprendizaje; esto sería visto como los factores de lo interior y exterior, entonces la maduración es el desarrollo de la conducta típica innata ubicada en un orden implantado. Visto como el factor exterior procuran una riqueza, se vuelven originales, únicos. Sin embargo para los sociólogos es importante lo que sucede con los adolescentes retrasados, aquellos estudiantes los cuales prolongan la estancia en la casa de sus padres hasta después de la mayoría de edad. Algunos psicólogos definen la adolescencia como el capítulo final de la infancia. Es importante recordar que los factores fisiológicos sirven como punto de partida para la adolescencia, el llamado estirón adolescente.

Philippe Ariés demostró ampliamente a finales del siglo XVIII que los estudiantes figuraban entre los niños. Dando el nombre de niña a aquellas personas que cursaban con la edad de veinticinco años, tomando en cuenta incluso a los de treinta años; en la corte los príncipes permanecían como infantes hasta obtener el trono. En el campo se era un niño hasta llegar la edad de los dieciocho años.

De todo lo que ya se ha trabajado seguramente se preguntaran Que representa el final de la adolescencia? A lo que los neurólogos dirigen la mirada al desarrollo nervioso. Veinte años es la edad en la que el tejido cerebral queda constituido en su totalidad; los especialistas del crecimiento fijaran una fecha en los últimos puntos de osificación (formación del tejido óseo). El juez tomara como referencia para determinar el término de esta etapa, la mayoría penal; el educador, el fin de la escolaridad obligatoria (los 16 años). Sin embargo el legislador ha marcado los 18 años como límite para terminar con la adolescencia. Ahora bien la

preocupación de las relaciones sexuales, la información extra familiar, la televisión, la calle, los viajes al extranjero, los medios de locomoción individuales, son en muchas ocasiones los que confunden constantemente la terminación de esta etapa, por tal motivo el fin de la adolescencia puede responder ante una identidad biológica frente al mundo.

Algunas personas determinan que no es posible fijar la edad, sin embargo es factible que el joven salga de esta etapa cuando la angustia de sus padres no les produce ningún efecto inhibitor. Es posible llegar a hablar de un Ego maduro sólo después de la adolescencia, lo que significa ser Adulto. El joven sufre una serie de cambios que le provocan conflicto consigo mismo en el medio en que se desenvuelve, enmarcando una desorganización de la libido, problemas en la introyección, búsqueda de identidad, valiéndose de diferentes mecanismos que le permitan hacer frente a diferentes problemas y de tal modo pueda dar solución a los mismos de forma adecuada.

Blos (1969), menciona que existe una dificultad que se presenta en cualquier discusión en cuanto a la adolescencia, la cual se debe a las múltiples formas de completar el proceso exitosamente, obteniendo un Yo estable y la organización de los impulsos, de igual modo es relativo y complejo todo proceso de adaptación, envueltos en el logro de la madurez.

Para que el adolescente pueda obtener la resolución de esa etapa, deberá haber logrado el modelo de aceptación, que pueda conciliar sus pulsiones instintivas, su estructura de conciencia (que incluye el Yo ideal), las expectativas que tienen de ellos mismos, su autoimagen, su amor propio, su narcisismo, todo bajo la realidad externa, lo que no se da en un proceso fácil.

Ya Sullivan mencionaba respecto de la adolescencia que se sitúa entre los trece o catorce años, dando salida a nuevos mecanismos. El aspecto ontogénico (desarrollo del individuo), es el mejor representante de la fuerza del Ego de todo sujeto lo que deberá soportar la inquietud del interior, así como las situaciones cambiantes, dichos aspectos dependerán en gran parte del desarrollo psicosocial. La persona cuyas potencialidades no han sido participes en la época histórica del sujeto, se sentirá perturbada de un modo amorfo (deformidad orgánica), lo que implica una regresión, denotando malestar por los restos infantiles de su sexualidad.

Durante la adolescencia se presentan cambios, denominados como expansión de la conciencia, que se presentará en experiencias físicas, espirituales y sociales, esto mismo les hace desear llegar al límite de sus experiencias antes de que se puedan adaptar a la cultura y a la vez ésta se amolde a los mismos. Este y otros casos no permiten una buena estabilidad en el adolescente, pero si la identidad se encuentra ya ordenada en esta etapa, entonces el individuo se encuentra con pocas posibilidades de ser alguien especial. Cuando el individuo advierte que sus ideologías no están compuestas de valores maduros, esto permite que se vean

seducidos por regimenes totalitarios, así como todo tipo de novedades que le brindarán valores falsos. Por tal motivo el fin de la adolescencia responde ante una identidad biológica frente al mundo.

Bien, ahora recordemos que la infancia esta gobernada por el principio del placer-dolor, lo cual pierde consistencia a medida que la confianza del infante en la madre, confortadora de su malestar físico y emocional va en incremento, obteniendo una influencia duradera y llegando a revivirla en situaciones causantes de conflictiva en años posteriores. Por tanto las actitudes calmantes de mamar, masturbarse, el juego y los movimientos corporales, progresivamente llegan a formar parte de la voluntad del niño; dando por resultado que el niño busque implacablemente nuevas situaciones para controlar su angustia. El periodo del temprano florecimiento de la sexualidad infantil y la sexualidad puberal genital se le da el nombre de latencia, dando termino a la dependencia completa de los padres, siendo la identificación con un sujeto la que toma el lugar del objeto amoroso (A. Freud, 1936).

El adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer continuamente, por lo mismo el adolescente cambia al amor heterosexual. El retiro de la catexis hacia los padres (la presentación de los objetos en el YO), provoca una baja en la energía catéctica en el ser.

El adolescente tiene miedo de la emergencia de sus pulsiones ya que estas podrían hundirle e impedirle actuar como una totalidad, debido a ese miedo es que le resulta difícil la relación total con el otro. Sin embargo a esto hay una respuesta, al respecto nos dice Anna Freud, El Super-Yo es una instancia (psíquica) moral y social, la cual esta sumamente relacionada con los padres, de tal modo que el adolescente rechaza lo que implica la debilidad de autoridad en dicha instancia. Así el Yo se hace más tolerante con respecto a los deseos genitales, pregenitales y agresivos.

Es cierto que el adolescente busca la satisfacción de sus deseos sexuales y agresivos dentro de su medio, esto constituirá la nueva fuente de oposición y de rebeldía que caracteriza al adolescente. Pero el "acting-out", puede desarrollarse de manera inofensiva, aunque no se descarta el aspecto asocial o delictivo.

Entonces podemos observar que la pulsión durante la pubertad constituye una perturbación económica en el aspecto psíquico, de este modo se han podido definir algunos síntomas los cuales pueden tener referencia a las neurosis actuales, debido a un bloqueo de la libido (dolores - inestabilidad - insomnio, etc), como síntomas histericos.

Durante la adolescencia el relativo equilibrio que durante la infancia habia podido establecer en las tres instancias (Ello, Yo, Super-Yo), se revienta bruscamente, siendo las pulsiones

reforzadas las que provocan dicho estallido, obligando al Yo a transformarse y este es quien restablece el equilibrio, por tanto el Yo se ha hecho más fuerte, ya que ha absorbido la identificación, es por eso que el Yo saca una parte de su seguridad, de la confianza que le proporciona el Super-Yo.

Diferentes autores hacen hincapie en lo sospechoso que se ha hecho el Yo, es cierto que el Super-Yo se ha formado de acuerdo a la lucha edípica, sosteniendo de forma muy marcada la señal de los efectos edípicos, esto es, incestuosos, incitando al Yo a renegar de él, y del mismo modo a liberarse de su dominio. Sin embargo podemos encontrar que el Super-Yo nos da una perspectiva más social, debido a que estas dos instancias tienen sus raíces en las figuras parentales, la familia, sacando de esta su contenido y su coloración particular.

Nunberg aporta que el Ideal del Yo se ha constituido por una introyección del objeto amado al cual el Yo se somete por amor, lo cual hace que su mayor carga sea de libido materna. Sin embargo el Super-yo resulta más severo, de tal modo que el Yo se vuelve obediente por temor al castigo, que a su vez estas dos nociones nos pueden confundir en la realidad (citado por Ramirez 1975).

M. Lagache (1972), Piensa que al Super-Yo le corresponde la autoridad, y al Ideal del Yo la manera como el sujeto deberá comportarse, respondiendo a lo que espera la autoridad; esto implica adoptar algunas conductas de tal modo que pueda obtener el amor de la autoridad, dominarlo como el chico bueno, el cual da gusto a la madre. Entonces tenemos que el Super-YO y el Ideal del Yo forman una pareja indisoluble, viéndose como la proximidad entre el ideal del yo y el Yo mismo (citado por Papalia 1992).

De tal modo es que Lagache insiste en que en la adolescencia el Yo Ideal se invierte, siendo tentativo el desprendimiento del Super-Yo o del Ideal del Yo. Al presentarse las ilusiones ocasionadas por el Yo Ideal son de tipo megalomaniacas, las cuales permiten al sujeto realizar hazañas prestigiosas, considerándose como un héroe, libre y poderoso, identificándose con grandes figuras políticas, siendo esta la pauta para esperar con gusto la adultez.

1. 2 ** SOCIEDAD, FAMILIA Y NOSTALGIA EN LA ADOLESCENCIA **

Freud (1914), declara que no existen diferencias psíquicas en lo referente a los sexos durante la primera infancia, puesto que ambos aman y de igual manera necesitan de la madre, de tal modo que el amor se convierte en activo y pasivo, es catalogado como activo, debido a que chupa el seno, demanda atención, mimos y cuidados; del mismo modo es visto como pasivo puesto que son seres que no se pueden bastar a sí mismos, requiriendo de cuidados relativamente constantes, ya que al presentarse un estímulo desagradable no pueden nombrarlo, solo la fuente de desagrado puede ser expresado por medio del llanto y/o grito, con objeto de llegar a la madre y esta procure darle lo que necesite.

Para Freud la parte activa corresponde al sexo masculino y la parte pasiva es dada a lo femenino, recordemos que durante la niñez existe la bisexualidad en ambos sexos; esto es, la tendencia hacia la actividad, donde sus impulsos agresivos en las etapas oral y sádico-anal son vistas de forma similar. Lo mismo sucede en la etapa fálica, donde ambos sexos juegan con sus genitales (la niña lo hace con el clitoris, lo que hace la diferencia con el niño) y les hace conscientes de la separación, demostrando la diferencia de ambos sexos. El niño no acepta más órganos sexuales que el que él conoce, el masculino, por lo que para éste se presenta la supremacía del falo.

Sin embargo para la niña es diferente puesto que ella no tiene pene, ella cree en la existencia de un solo órgano, el masculino; pero al darse cuenta que existen dos tipos de órganos genitales, (pudiendo imaginarse la niña que aún no le crece o que se lo cortaron), entonces es que se da el complejo de castración, surgiendo el principio de un largo y arduo camino para con la femineidad en la niña.

De ese modo la niña tendrá que abandonar sexual y afectivamente a la madre, transfiriendo su amor, con toda la carga ambivalente hacia el padre, instalándose por fin la identificación con el primer objeto de amor (la madre) admitiendo dos niveles: El primero, consiste en la vinculación amorosa con ese objeto al cual había tomado como modelo (la madre). El segundo trata de apartarla para sustituirla en el deseo del padre. Por lo que durante el complejo de Edipo es posible que la niña intente adoptar el rol femenino mediante la identificación con la madre, y así adquiera las insignias maternas y separar al padre de la madre-rival. La niña se da cuenta de la diferencia de sexos pero la niega, adjudicándose roles masculinos en cierta medida para identificarse con la madre y el padre fálicos, en ocasiones llegando a la homosexualidad femenina.

Es precisamente en esta etapa donde se requiere de la seguridad biológica, y que al parecer se encuentra oculta, así el grupo donde se pueda obtener la integridad, satisfacer las necesidades pasivas y dependencia requiere de un grupo donde se pueda encontrar valores.

Indudablemente las relaciones con la familia, los amigos, la interrelación infantil en los jardines, las calles y mascotas, el gato de casa y el cartero se han quedado en el fondo de los recuerdos. Llego el momento y no sabe como ubicarse en los pasillo de la oscuridad, es hora de poner a prueba su capacidad frente a los extraños: a muchos les trae nostalgia de aquella familiaridad generosa y sin crítica los lazos familiares que han cimentado fuertes sentimientos. el adolescente recibirá con agrado lo nuevo de las aventuras ante una relación satisfactoria en años atrás. salvo el chico inseguro que no pudo durante la infancia fortalecer su personalidad es que se encontrara temeroso de las nuevas experiencias.

Dólto F. (1987), nos dice que cuando los padres discrepan, el hijo presentara dificultad para pensar por su propia cuenta, esto mantendrá al niño en silencio hasta la edad de once años. Al padre que se le odia por haberse divorciado de la madre, o que esta es mal vista por la sarta de mentiras que el padre habla de la misma a sus espaldas, los abuelos que no quieren a la nuera, y todos aquellos trastornos que perturban la vida imaginaria del niño, se verán los resultados a la edad antes mencionada, presentando dificultad para distinguir el sonido de la realidad al del sonido de lo imaginario.

Al respecto podríamos agregar como ejemplo el caso de las persistentes quejas de una madre con referencia al marido de que no ha sabido hacerla totalmente mujer, es que se presenta con reproches para con el hijo, de que el paciente (hijo) no ha sabido hacer de ella una auténtica madre. Se ha de tomar en cuenta al tener presente este tipo de madres, las cuales ya están doblemente a la defensiva. lo que reafirma la defensiva y negatividad por parte de la misma.

Lo anterior nos hace reflexionar y ver que los sentimientos se pueden vislumbrar ante las inesperadas peleas con los padres, las cuales dejan de un solo aliento a sus hijos, sin embargo para el adolescente puede ser la vivencia de un sin número de fantasías respondiendo con intolerancia a que sus padres le continúen viendo como niña/o.

E. Erikson (1968) agrega, el estudio de pacientes los cuales tienen en común la declinación patógena relevante, cabria la sospecha de la existencia de factores comunes en las familias de esos jóvenes, sin embargo es claro ver en la actualidad diversidad de rasgos en común con los padres, pero que no necesariamente se encuentran enlazados al status social, se podría acentuar una multifaceta trepadora y pernicioso o codicioso, esto implica que la persona se encuentra dispuesta a prescindir de forma honesta de un sentir y juicio inteligente, logrando una apariencia de felicidad y opulencia, inclinando a los hijos a comportarse como los chicos más sociables y con clase.

Es posible encontrar a un sujeto totalmente apegado al deber, juez implacable no solo de su conducta, sino también del resto de las personas que le rodean, que al mismo tiempo este sujeto no es

capaz de recordar la relación que mantenía con sus figuras parentales. las cuales habrán procedido del mismo modo, esto implica en su conducta el resultado de una repetición, incluso el reverso al enfrentar las exigencias del ambiente primitivo, denotando la conducta procedida.

Sin embargo los niños "bien" de familias las cuales buscan nuevas sensaciones, manifiestan que sus familias no les brindaron la forma de integrar y estructurar el afecto tanto sistemático como consciente, esto implica que fueron provistos de todo lo material pero carecieron de Cariño. Por consiguiente la higiene mental por la que debe manifestarse el adolescente en lo referente a la familia podría conformar, mejorar y rectificar, creando la reparación de forma natural.

Se puede observar que existe mayor dificultad de adaptación cuando el niño proviene de una familia temerosa para enfrentarse a las condiciones complejas de la sociedad, esto nos hace pensar que ese tipo de familias contiene cierta estructura enquistadora, viéndolo como último refugio de la intimidación, que a la vez representa riesgo si llegara a ser exclusiva. Aquellos que no se pueden integrar en un núcleo familiar quedarán aislados; por lo mismo existe cada vez más número de personas que se casan sólo para huir de la soledad.

En la actualidad es más seguro que la mayoría de la población oscile entre los grupos de hostilidad o con una mala formación, algunos de los jóvenes malos de Peralvillo, han sido desprovistos de ambos padres, niños poseedores y tenedores de nada, siendo el resultado de familias totalmente patológicas, las cuales no son difíciles de identificar, este tipo de jóvenes son el resultado de un padre agresor, ausente y encantado por los vicios, por lo que "es preferible agredir que ser agredido", así como hogares rotos por el divorcio, separación o abandono, por muerte de alguno de los padres o por ser hijos naturales, la situación económica, el orden del nacimiento y el niño o niña único de varios hermanos del sexo contrario.

E. PAquí (1992), afirma que en nuestra cultura, la llamada adolescencia es la respuesta a un conflicto entre la biología y la sociedad prohibitiva. Se ha podido demostrar que las clases urbanas donde se encuentre la pobreza las patologías de la adolescencia se ven claramente determinadas, debido a la desertificación del núcleo familiar, encontrándose madres solteras, padres ausentes (en ocasiones también las madres), al igual que rivalidad fraternal, con mayor daño al sexo masculino, esto debido a la imposibilidad de integrar una imagen masculina fuerte y que lo pueda enmarcar, le brinde y estructure identidad, de tal modo que dichas figuras le resultan extrañas y difíciles de concebir, como sería el caso de un huérfano. Sin embargo no todo es tan obscuro a últimas fechas ha sido el mexicano quien se ha visto en la necesidad de ser diferente al enfrentarse a otras culturas, dicha situación causa dolor y sufrimiento elaborando dos funciones, las cuales sirven para el presente y el pasado, esto les lleva a

negar las diferencias dolorosas que a su vez pueden presentar la negación de turbulencias en las cuales el sujeto fue víctima de acontecimientos desagradables.

Harris (1966), opina que en el momento que el adolescente ingrese a la escuela y se vea ante una nueva población de adolescentes le ocasionara ansiedad, aprensión y tensión con lo referente a la emoción de una nueva aventura y conmovidos interiormente por la ruptura de los lazos familiares, a la vez dicha ruptura generalmente crea sentimientos contradictorios en el adolescente; surge la ambivalencia ya que en cierta forma desea la independencia, el desprendimiento de su madre, pero del mismo modo se ve confundido por las antiguas necesidades para recurrir a sus padres, aturridos y en busca de una dependencia más grande que nunca, es lo cotidiano en el adolescente, viendo la posibilidad de romper con los lazos que le atan a la familia del mismo modo se ve atrapado como si fuera un insignificante ratón desprovisto de fuerza para luchar.

Posteriormente los modelos del niño serán de manera externa, se sigue contando con la familia como un valor, un refugio, pero no deja de sentir que le falta el desempeño para triunfar, ahora toda la energía se dirigirá hacia el grupo de compañeros como a la vida imaginaria que le proporcionen los programas de televisión. Podemos encontrar también que alguno de los pacientes con relación a sus hermanos y hermanas suele ser demasiado simbiótica a lo que generalmente se puede observar en la mayoría de los hermanos, esto se debe a la necesidad de identidad, procura tratar al hermano como a su gemelo sin serlo con tal de encontrar una identificación, sería como si el sujeto renunciara a su propia identidad en favor de la de el hermano, con la fe de poder recuperar la fusión la cual con el paso del tiempo ocasionara en el mismo una desilusión más grande, traumática, provocando una ruptura de aquella relación artificial gemelar.

Al tomar conciencia de lo que había estado sucediendo surge en el sujeto una paralización y rabia, puesto que se dan cuenta que la identificación plena que se esperaba tener no existe, sólo para uno de ellos, siendo pues el otro quien se ha apoderado de esa identificación.

Es frecuente ver como la sociedad donde el tipo de familia es patriarcal, el joven adulto continúe viviendo bajo el techo paterno, incluso después de casado y con hijos, es común que continúe en la misma casa y hasta puede que aún dependa económicamente de los padres; sólo la muerte del jefe de familia es lo que permite que el hijo adquiera la autonomía y la independencia.

Es importante tomar en cuenta que los enlaces de grupos familiares varían de manera increíble aún dentro de la misma sociedad y con mayor razón en las diferentes civilizaciones, aunque es factible distinguir la familia conyugal o nuclear (padre-madre-descendientes biológicos), y la familia consanguínea (consta de los ascendientes directos y otros parientes), de tal modo que la adolescencia responde de manera diferente. Dentro de la familia

consanguínea, desde la llegada a casa, el niño se encuentra en contacto con un gran número de personas, lo cual provoca que los lazos afectivos con la familia no sean tan exclusivos (resultando menos difícil la separación); de este modo el sujeto se siente sostenido por el grupo.

Así mismo las responsabilidades se presentan de forma paulatina, aunque es difícil lograr la autonomía, presentándose en ocasiones en edad ya avanzada. La familia se encuentra demasiado jerarquizada, tanto el respeto como la sumisión pueden ser los valores dominantes, y sin presentarse la crisis del adolescente. Por ejemplo, en Vietnam el niño no puede decir "no".

En nuestra sociedad occidental las familias han ido empujándose, provocando que al verse en un espacio más cerrado, naturalmente la violencia de sus conflictos tiende a aumentar en cuanto se curse la adolescencia. Se presenta el alejamiento con los padres e hijos, debido a que en casa no existen elementos colaterales en la edad intermedia que podrían evitar que los hijos se dirijan siempre al padre.

T. Parsons, comparte la idea de que en la familia tradicional, el niño puede ver a sus padres como modelos, tanto como seres de acuerdo a su sexo, para identificarse, como en forma profesional; de tal modo que al llegar a la madurez el individuo pueda conformar el modelo observado. Pero echando un vistazo a nuestra sociedad nos damos cuenta que el modelo masculino generalmente es ausente, así como el desconocimiento del hijo de cual es realmente la profesión que éste ejerce (citado por Papalia 1992).

Sin embargo para la niña, el rol de las funciones como mujer comienzan desde temprana edad, juega con las muñecas, cose, lava, cocina entre otras actividades, esto nos demuestra que la identificación con su sexo es más difícil para el varón, pero esto no implica que la niña no presente problemas en su identificación y con mayor especificidad en la adolescencia, la madre que trabaja en el hogar, ante la sociedad esta poco valorizada, en tal medida que tendrá los impulsos a renunciar a la identificación con la madre, buscará una mayor preparación y logrará una profesión (no siempre).

Otro de los factores en los que la familia esta presente en los adolescentes es el móvil social, colocando a los padres en un estado de inferioridad frente a estos seres que empiezan a descubrir la verdad de la vida, y más aun cuando estos mantienen una educación superior y los que tienen la oportunidad de viajar al extranjero.

La función de las familias es transformada correlativamente, el padre trabaja fuera, el estado se puede hacer cargo de las funciones de la familia, instruyen, educan, organizan el tiempo libre, la sociedad es entonces quien se encuentra más en contacto hasta para la educación del individuo dentro de casa, es por esto que la familia va perdiendo sus derechos.

Vemos pues como no se puede abandonar el modelo familiar, si antes no se presentan modelos de relevo. sin embargo estos no son sustitutos, sino relevos que permitirán al adolescente una autonomía, haciéndose merced a las heridas en el amor propio, y las alegrías, las dificultades y los éxitos los cuales serán pauta para el acontecimiento de la vida futura.

Rocneblave, demuestra que el adolescente sale poco a poco del núcleo familiar, hasta llegar a la autonomía, de la misma manera se percibe la sociedad. El joven no quiere ser como determinados adultos, sin embargo elige modelos como: sus padres, compañeros, artistas etc. lo cual provoca angustia, esta presente en todos los cambios, de tal modo es factible que el adolescente represente con varios personajes a sus padres y familiares los cuales puedan brindar un concepto totalitario del pensamiento y el aspecto físico.

La misma forma y dimensión de la familia sera influenciada por los factores culturales, del mismo modo constituye un ambiente singular el cual se encuentra en interacción, provocando que tanto el niño como el adolescente al aprender roles y actitudes más generales se presentan ante una interpretación de lo antes constituido. La sociedad conste de una multitud de núcleos familiares que pueden comprender a una pareja y un hijo, dentro de ese núcleo se tiene una división de trabajo, una repetición de roles de autoridad y elaboración de normas específicas.

No hay que dejar pasar de lado a las personas secundarias ya que forman parte de un complemento importante en la educación, pese a que no son los encargados directos de esta, pero si pueden expandir la confianza en ellos, aumentar el valor para superar sus impotencias, e incluso pueden estimular el desaliento y la depresión. En la actualidad y debido a múltiples facetas que la sociedad impone ha provocado que en la edad de 11 años experimenten estados de depresión y paranoia, realizando actos de agresión gratuitos. En estos momentos es cuando el chico se opone a todas las leyes, dado que ha percibido de alguien que representa la ley, no le ha permitido ser ni vivir.

Ahora bien el adolescente ve la necesidad de un líder, un héroe, así como la lealtad de un jefe de manera bizarra, pero que también protesta, ya que ni la escuela, la familia, o la sociedad pudieron brindar. Se puede observar que en las clases medias y altas, el adolescente mezclara los valores de la familia con todo aquello que implique el poseer, para obtener más que el ser y estar. El adolescente sera atraído por aquellas bandas de jóvenes mayores que el a las que pretende integrarse, para poder sentir un sostén extrafamiliar.

Muchos autores incluyendo a Erikson, sostienen, que la mayoría de los adolescentes no pueden decidirse por una elección vocacional, debido a que no han tenido tiempo de conocer todas las posibilidades. Para Erikson el peligro que corre el adolescente es precisamente el de la confusión de roles, por lo que si no se desarrolla un firme sentido de identidad, la persona joven permanecerá

en la confusión con respecto a sí mismo, el desarrollar una idea clara de "quien y que es"; es probable que busque un rol estable identificándose con figuras culturales populares o enamorándose.

Se propone que el adolescente trate de robustecer su sentido de identidad de acuerdo al artista popular, ya que este puede ser un modo en que el joven resuelva algunas de sus incertidumbres e incremente su autoestima. Entonces cuando el adolescente se enamora proyecta su confusa imagen de sí mismo en la persona amada. Los conflictos básicos en esta etapa giran alrededor de la búsqueda de identidad, siendo la causa de la confusión e inestabilidad del Ego.

El individuo objeto de trascendente dependencia frente al seno familiar puede ser análogo a la dependencia de otras circunstancias (como sería el caso de la identidad con el artista), puesto que de forma desorbitada busca el amor, sin embargo cuando se ha logrado la fórmula específica por medio de la cual se obtiene la transacción (o mecanismo defensivo) que le servirá para las demandas instintivas y para la complacencia de los objetos.

Erikson (1936), propone que cada familia como institución es un proceso para el adolescente, que en el mejor de los casos obtendría logros y hábitos sanos, siendo entonces procedencia de familias sanas esta proveerá al adolescente para poder enfrentarse a los conflictos que se le presenten.

Es importante que el adolescente pueda ubicarse en el rol al cual pertenece, ya que de esta forma podrá encontrar equilibrio, aun que la complejidad de la estructura social nos obliga a la adquisición de normas las cuales pueden llegar a ser contradictorias, y esto es admisible debido a que ni los padres o profesores presentan el mismo sistema de valores. El tener confusión respecto a su rol provoca que el adolescente se alterne a los dos roles inmediatos (tanto niño, como adulto), lo cual ocasiona que el joven se sienta como ser marginado y dividido en dos grupos desiguales.

Cabe mencionar que los roles deberán ser constantes en el tiempo, la mayoría de la educación depositada en el niño es de que deberá ser obediente, altruista, dulce, siendo precisamente lo que menos le puede ayudar al adolescente cuando se enfrenta a la sociedad, por tal motivo existe una discontinuidad, marcando que es hora de volver a aprender nuevas maneras de comportarse, pero que pueden concatenar la búsqueda de continuidad y autenticidad.

En la búsqueda de identidad el adolescente introyecta patrones de conducta inadecuados, los cuales han sido provistos por el padre, de tal modo que logrará una identidad poco satisfactoria, provocando conflictos, manifestandolos por medio de diferentes síntomas y conductas, como la depresión.

Un lenguaje común de algunos adultos sería "siempre te portas como un niño, pero ya no lo eres". Y no es una actitud totalmente pernicioso y culpabilizante si le dicen esto a un pre-adolescente.

te. Esto significa que los padres no hablan la misma lengua que sus hijos adolescentes: aunado a las matemáticas nuevas, Informática, Rock, look, provoca en la mayoría de los jóvenes una actitud de acercamiento frente a las drogas, provocando la ruptura con la familia, debido a la falta de entendimiento de la misma.

Para Ramírez (1975), al integrar el desarrollo con el medio, es permisible la presencia de nuevos intereses así como el riesgo de adquirir vicios, esto es más factible si el medio por el cual esta rodeado le beneficia, al desafiar los convencionalismos sociales, pueden convertirse en rebeldes. Recordemos que los padres son los adultos con los que más conviven los adolescentes.

English (1947), nos dice que los adultos agregan más conflictos de lo normal, tienden a preocuparse por que el chico no obedece, no trabaja, no coopera, no agradece, si se pierde en el plan sexual, esto ocasiona en los padres una buena carga de angustia la cual manifiestan con regaños al adolescente que quizá no se merezcan, y además, inhiben los esfuerzos de éste, contribuyendo a la desintegración de su propia conducta (citado por Estrada 1992).

Gould (1969), describió seis características del grupo alienado: se desconfía de los demás, no toman en cuenta las reglas comunes de la conducta social, tienden a demostrar depresión emocional, presentan introversión en sus relaciones interpersonales, les produce gusto el quejarse de afecciones psicológicas y físicas.

Es importante recordar que a medida que el adolescente prolongue esta etapa se deberá a la proyección que los adultos depositan en éstos, al igual la forma de como la sociedad imponga límites de exploración. Por eso es importante que el adulto se encuentre cerca del joven para ayudarlo a entrar a las responsabilidades, sin verse en la posición de aquel adolescente retrasado.

Aunque el joven parezca tomarle el pelo a los adultos, cuando son varios, es factible que esto suceda, pero si el chico se encuentra sólo frente a aquella persona, este lo vea como alguien de suma importancia. El hecho trascendental que marca la ruptura con la infancia, da cabida a disociar la vida imaginaria de la realidad (el sueño de las relaciones reales).

Durante la preadolescencia aparece la necesidad de intimidad, la cual no difiere si ese amigo es del mismo sexo u opuesto, por lo que sigue siendo un rasgo importante, la necesidad de seguridad y de intimidad durante la adolescencia puede hacer choque entre si con facilidad, el amigo que traiciona secretos o habla demasiado viola manifiestamente la seguridad de intimidad. Podemos observar como la lealtad se desarrolla en esta etapa, por lo que cuando esto no es factible la adolescente se designera con un Ego débil, que a la vez se desencadena en la búsqueda de un grupo distante para disponer de su fe. Al parecer la intimidad implica un riesgo para la seguridad, en cuanto la intimidad es desplazada para

centrarse en los padres del sexo opuesto, una vez implantado lo anterior, se espera la aparición del choque entre la seguridad y el apetito sexual.

Debido a que la adolescente no presenta una motivación, salvo la fe en sí misma, si le traicionan los amigos, es lógico que se sientan como desposeídos; es precisamente que en ocasiones se requiere de grupos ya sea de forma activa o pasiva, lo que sirve en cierto modo de forma parcial para satisfacerse, en estos grupos lo que se acostumbra: escuchar música, fumar, beber o drogarse juntos. Sin embargo cuando estos se ven carentes de lo monetario, los jóvenes se ven arrastrados a participar en actos ilícitos de obtener el dinero o el placer, lo cual será perjudicial para la salud. La muerte que produce la ingesta de drogas no causa miedo en el adolescente, esto les proporciona placer lo cual le permitirá sobrevivir, es una forma de morir lentamente y no de un sólo golpe.

A todo lo anterior podríamos decir que cuando un padre es fuerte y firme, cuando su malhumor solo cubre su profunda y gran aceptación, pero gusta de la convivencia con los hijos, que a la vez su compañera sea una señora cálida, firme, femenina quizá un poco a la sombra de la figura importante en la familia, que es el padre, recibiendo a los nuevos hijos sin descuidar el cuidado materno para los que ya se encuentran en casa, lo más seguro es que estos chicos acepten las aventuras con confianza y anhelo cuando los impulsos de la adolescencia se lo exijan.

De esta forma es que nos podemos dar cuenta que la familia constituye para el pequeño, el agente psíquico de la sociedad, ya que le transmite las normas, compromisos, valores dominantes presentes en la sociedad, no es factible dejar pasar la interpretación de los modelos en función de la clase social, la religión, las diferencias subculturales a las que se pertenece.

Recordemos que las regresiones las presenta el adolescente frente a la nostalgia, por lo general no demuestra un acto de gravedad, incluso puede parecer deprimido, ser lento en sus actividades y su vocabulario, sin decir apenas nada "quiero ir a casa". El adolescente inseguro y dependiente requiere sentirse aceptado, necesita el apoyo de los otros, este puede presentar odio mezclado que siente con los padres y las personas que le rodean, cuando estos se encuentran lejos del hogar los evoca (a los familiares), es factible la reproducción de sentimientos de tristeza y desvalorización, los cuales son similares a la culpa y odio que experimenta el melancólico, de tal modo que sería mejor tener la oportunidad de poner los pensamientos en palabras.

Pese a todo aunque las nostalgias se presenten de forma transitoria y leve, denotan la forma en que fue criado durante la infancia y niñez del clima emocional que les proporcionaron sus padres. No debe confundirse la nostalgia con el hecho de protección y aliento que brinda la familia; quizá el anhelo sea de forma minoritaria la experiencia transitoria similar al duelo y a la melancolía.

S. Ramírez (1973), agrega al respecto de los antecedentes del individuo, desde el enfoque psicoanalítico: es considerado el ser humano como identidad biológica, lo que permite establecer las relaciones futuras con el medio ambiente, donde la biología habrá de modelarse, expresarse, frustrarse o desarrollarse de acuerdo a las condiciones que dicha biología encuentre entre el medio que le rodea.

Podemos observar que la similitud que existe entre los seres humanos, al menos en lo biológico es parecido, pero muy diferentes a la vez de la experiencias de las condiciones ambientales que no puede diferenciar frente a nuestros congéneres. Así se considera que para alcanzar algunos elementos laterales que permitan juzgar tanto en mayor como en menor intensidad al individuo pudiendo referirnos al hambre como la expectativa de dos funciones del juicio; por una parte, la cantidad de obstáculos que el mismo sujeto sea capaz de no zanjear el objeto y satisfacer su demanda, por otra parte es la cantidad de barreras, inhibiciones y consideraciones de índole moral o social lo que estará al servicio del bloqueo en lo concerniente a las exigencias instintivas, poniéndose el mismo el pie para caer constantemente.

Es sabido que cuando una persona busca por todos los medios de aplazar la satisfacción, del mismo modo tendrá la capacidad con la que pueda vencer tales obstáculos. Opinan Janet y Charcot, la existencia de contenidos inconscientes los cuales pueden operar y actuar en la conducta del individuo del mismo modo es que no solo el psiquismo se presenta de forma inconsciente, sino que se puede manifestar de manera operante y dinámica que a la vez podría ser susceptible para determinar manifestaciones patológicas (citado por Rocheblave en 1979).

Lo anterior nos permite asumir que aquellas figuras parentales internalizadas son investidas al inconsciente por lo que es factible su activo intervenir, de ese modo cada vez que se actúa y que es equiparable al objeto interno, el adulto puede mantener ideales morales como la conciencia, la ética, etc. Puede llegar a encontrar una paz consigo mismo, si por el contrario somos capaces de actuar en oposición a los cánones de aquellos objetos internalizados, teniendo como resultado la ansiedad y la culpa, al responder bajo los mecanismos de defensa, que permita hacer a un lado y liberarse de aquellas figuras, las cuales serían la causa de la angustia, sosteniendo el displacer psíquico en bajo nivel, siendo el propósito del sujeto, dar movimiento a los mecanismos dirigiéndolos al inconsciente, lo que resulta contradictorio ante los deseos de las metas respecto al plano consciente.

Es curioso ver como Gessell (1987) nos hace referencia de la adolescente de quince años la cual muestra diferentes facetas que puede experimentar confusión, es la hora de comprenderse a sí misma y a los demás, se ha vuelto indiferente y hasta el tono de voz es ahora bajo, su aspecto ha cambiado, se le puede observar como perezosa, luego la hora de un refinamiento en los patrones

ánimicos, estos se han vuelto hacia lo intelectual, filosófico y estético, sin embargo algunos adolescentes también son capaces de abrigar sentimientos de rencor, venganza y violencia.

Podemos observar que la adolescente de 15 años es generalmente catalogada por Gessell con la personalidad de múltiples facetas, se puede comprender a sí misma y a los demás, y del mismo modo volverse negligente, otras de las características de esta edad es querer demostrar pereza, pese a todo lo que está demostrando es la búsqueda de lo que le pueda hacer sentir bien.

Estos sentimientos se pueden vislumbrar ante las inesperadas peleas con los padres, las cuales dejan de un sólo aliento a estos últimos, sin embargo a la adolescente le hace vivir en un mundo completo de fantasías, Gessell nos dice que la niña que se habla dejado tratar como un objeto manejable en la familia despierta a la madurez, provocando por otro lado el ideal de casarse y/o una futura carrera; otras de las características que se pueden detectar en estas jovencitas son las múltiples posturas que adquieren en cuestión de segundos (Tal sería el caso de retorcerse el cabello, quitarse las costuras de alguna lesión, maltratarse la cara, tronarse los dedos, cambiar de postura una vez sentada), lo cual es causa de discusión al sentarse a comer puesto que no deja de jugar con los cubiertos.

Al igual podemos ver que para la chica no existe otra fuerza superior a la de ella, tan es así que suele desafiar constantemente a la muerte, de tal modo que la creencia que hasta ese momento se había manifestado en Dios, comienza a diluirse sin extinguirse por completo.

Así nos podemos ver frente a los grandes lazos de unión, frente al anclaje del pasado, pero que también puede determinar por el mismo, la fórmula con la cual el sujeto resuelve sus conflictos con el pasado y sus objetos, resultando una ecuación personal, no ajena a las pautas y normas culturales, bajo las cuales el individuo desarrollara su destino "frente al psicoanálisis se puede plantear el resultado por inhibiciones, síntomas, conflictos, ansiedades, sentimientos de culpa, etc. su papel es el de resolver y determinar la ecuación que se ha dado como producto una conciencia sufriendo y atormentada" (S. Ramirez, pag 57).

"LO QUE LOS PADRES NOS HAN DADO, LO DEVOLVEREMOS A NUESTROS HIJOS" DOLTO FRANCOISE (1987).

1. 3PERSONALIDAD, SEXUALIDAD Y REGRESION EN EL ADOLESCENTE

" Algo raro ha ocurrido camino a convertirse en Persona "

En lo que se refiere a la teoría psicosexual Freud nos ilustra, denotando la evolución de la libido (fuerza variable que nos permite medir las transformaciones y procesos de la excitación sexual) esta puede ser manifestada con el objetivo de poder establecer una actitud sexual madura, por lo que habrá que definir la fase Oral, Anal, Fálica, de Latencia y Pubertad. Recordemos de forma resumida estas etapas para poder entender la personalidad.

La etapa Oral.- se presenta desde el nacimiento hasta principios del segundo año de vida del niño; en esta etapa la excitación erógena se basa en la necesidad de alimentarse; se podría decir que la introyección oral es la realización de la identificación primaria, entonces surge la fantasía de comer el objeto, o la de ser comido por el objeto, de tal modo que percibe inconscientemente todo restablecimiento de la unión con los objetos. En ocasiones la idea de ser comido no solo es causa de miedo, pues se puede determinar como fuente de placer sexual.

Recordemos que la primer zona donde se manifiesta la libido es la boca, lo que le permite al bebé ser alimentado, de tal modo que aminoren las sensaciones displacenteras provocadas por el hambre, de este modo el infante puede incorporar los objetos gratificantes, los cuales más adelante le servirán como base de identificación.

Es importante tomar en cuenta que si al finalizar esta etapa ha sido resuelta satisfactoriamente, obtendrá como resultado un equilibrio de su personalidad dentro de las siguientes situaciones; Optimismo-Pesimismo; Credulidad-Suspiciacia; Manipuleo-Pasividad; Admiración-Envidia; Engreimiento-Auto humillación.

La Etapa Anal.- se implanta al entrar al segundo año de vida del infante, siendo la primer instancia ejecutiva de todas las excitaciones, ubicada la zona erógena en el ano, por ende el fin primario del erotismo anal es el goce de toda sensación placentera de la excreción, pudiendo aumentar la estimulación de la mucosa rectal, en el modo de retención de la masa fecal, todo esto constituye el placer erógeno y seguridad contra ansiedad.

El temor de excreción fielmente placentero puede llevar a la retención, esto nos permite observar un acto sádico-anal, representado por las heces fecales, de tal modo que la expulsión denotaría el acto sádico, así también se presenta el poder social implantado en el acto de controlar los esfínteres, visto de otra forma sera el aprendizaje de los hábitos higiénicos, el niño encuentra la oportunidad de demostrar adecuadamente la oposición a los mayores. Entonces es bien sabido que la libido se encuentra en la región anal. De tal modo que se presenta la necesidad del dominio en el sujeto mostrando características de: Avaricia-

Prodigalidad; Severidad-Condescendencia; Obstinación-Conformismo; Precisión-Vaguedad; presentadas como base de un medio gratificante y hostil.

En la Etapa Fálica se presenta la sexualidad infantil, que va de los tres años a los cinco años de vida, precisamente es en esta fase donde el interés por los genitales, por la masturbación genital obtiene una relevancia dominante e incluso puede aparecer una especie de orgasmo genital. De ese modo es que S. Freud le nombra a esta etapa la "organización genital infantil" o como ya se menciona, etapa fálica.

Por tanto la genitalidad infantil se presenta en la masturbación, donde se pueden producir actos parecidos al coito. Entonces queda claro que la libido en esta etapa se encuentra centralizada en los genitales. Al verse favorecido en esta etapa el individuo presentará una personalidad adecuada en cuanto a las siguientes fases: Vanidad-Odio contra El; Temeridad-Timidez; carácter Gregario-Aislamiento; Galanteo-Evitación de Heterosexualidad; Alegría y Tristeza.

La Etapa de Latencia.- Se inicia a los cinco años aproximadamente, la influencia del Super-yo, que se puede presentar posterior al complejo de Edipo (de Electra en las niñas), en esta etapa no se presentan manifestaciones de la libido, lo que provoca la represión de la sexualidad, ya que en estos momentos el interés del niño se enfoca a las actividades creativas y sociales.

Llega la Pubertad.- El periodo de la latencia se ha comportado a la medida, logrando el equilibrio hasta presentarse la pubertad, produciendo una intensificación biológica de los impulsos sexuales, dando completa libertad a los factores psíquicos y poder así restablecer el equilibrio perturbado. La función de la Pubertad es la de adaptación de la personalidad del sujeto a las nuevas circunstancias que se prepara y presenta para dar inicio a la Adolescencia, un paso a la adultez.

De modo que afloran situaciones contradictorias, simultáneas o de sucesión inmediata, que a su vez permiten observar los impulsos heterosexuales genitales, formas de comportamiento sexual infantil de todo género, lo que intenta es la eliminación de toda sexualidad y todo lo placentero. Para S. Freud (1910) se pueden presentar fragmentos de sexualidad evadida por la sublimación, y es precisamente el periodo de latencia que empuja al instinto sexual para hacerse presente en la pubertad.

La adolescencia pasa a ser una etapa de transformación final como un puente entre la sexualidad infantil difusa a la sexualidad adulta que se vera centrada en la genitalidad. Tomando en cuenta a otro de los seguidores del psicoanálisis encontramos que Peter Blos nos presenta la Adolescencia Temprana, Adolescencia propiamente dicha y Adolescencia tardía, como una posible división.

El objeto de elección en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista, ya que se llega a implantar condiciones para satisfa-

cer la libido. En la jovencita se presenta la casi obligación a desarrollar su feminidad, puesto que a estas alturas del desarrollo se requiere del desalojo de la recién adquirida identidad preadolescente; es el momento de afanarse a los objetos libidinales extra familiares, proporcionando la separación de las ligas objetales tempranas.

Tanto en la Adolescencia temprana como en la Adolescencia propiamente dicha se presenta una reorganización de la vida emocional, sin dejar de cursar por un caos sumamente reconocido en estas fases, pueden presentar sumisión y rebelión, delicada sensibilidad, torpeza emocional, conductas gregarias, aislamiento, altruismo, egoísmo, profundo pesimismo, intensa fidelidad, idealismo y materialismo, aceptación y rechazo, impulsivo apetito voraz, dichas características, entre otras, darán la pauta a cambios psicológicos.

Es precisamente en esta fase donde se le empuja al adolescente a continuar adelante; al igual se presenta como la parte final, inminente y de cambios decisivos, es el tiempo de centrar las emociones. La identidad sexual, la cual se da mediante la formación final de los diversos cambios de impulsos en esta fase.

Ya en la Adolescencia tardía se presenta la ruptura franca con todo aquello que representaba la niñez, es el momento de demostrar si realmente ya se puede valer por sí mismo ante la sociedad, de lograr su independencia.

Lo característico y específico del desarrollo en esta fase es determinado por cambios psicológicos, así como experiencias antecedentes a este periodo, es hora de comprender algunos aspectos del desarrollo del Yo, en especial cuando se ven influenciados por la masculinidad y femineidad, tanto la estabilidad, su irreversibilidad y su formación Yoica se presentara el terreno donde se pueda anclar el sentido de identidad.

Por otra parte para entender la personalidad del adolescente Dolto F. (1987), postulo que el Narcisismo es parte de esa personalidad, el amor que es depositado, se encuentra en riesgo ante la muerte de todo el pasado. Un chico o chica que se encuentra enamorado de sí mismo, difícilmente proyectara su amor, ya que dicho amor se encuentra retroactivo en su propio ser. Existe el narcisismo a medida en que hay egoísmo en el amor, si, egoísmo, ya que sólo se puede amar el mismo, en éste se encuentra la ilusión del otro. Recordando el mito del Narciso se puede observar que la sexualidad secundaria es convertida en homosexualidad, sin embargo la mayoría de los homosexuales que se lo creen (homosexuales) y además viven como tal después de haber sido escaldados por un primer amor, esto sería más bien la búsqueda a lo fácil, una liberación de compromisos, y es precisamente que se estancan en esta esfera a falta del aliento que nadie les brinda, a correr nuevamente por dichos senderos. Inducidos por una sociedad que no estimula a los adolescentes a crecer y madurar; percatándonos de hacerles responsables, es como se convierten en adultos, en vez de regresarlos a una preadolescencia narcisista.

Deutsch (1960), demostró que las gratificaciones narcisistas, mediante el sufrimiento, permitirán un ánimo depresivo, sentimientos de inferioridad, ocasionando una cristalización de la depresión real, pudiendo desencadenar una neurosis en esta etapa.

A. Freud (1936), declara que es importante no olvidar que las fases pregenitales de organización sexual, aún se están preparando para su afirmación, interfiriendo en el progreso de la madurez, el progreso que se logre alcanzar en la posición genital y la orientación heterosexual es la continuidad de aquel periodo estancado paulatinamente en la fase edípica, pero que a su vez permitirá el desarrollo sexual básico en el hombre.

A lo que también agrega Dolto F. que se puede presentar timidez ante el sexo opuesto, pero seguramente estos chicos entre los cinco y siete años no tuvieron presente la complicidad del padre, en relación con la madre, o los hermanos, esto comprende la falta de un Yo Ideal que permitiera las relaciones del hombre con la vida. Esto mismo sucede con las chicas que han vivido una pseudo homosexualidad, denotando que su madre vivió erróneamente su periodo heterosexual de pequeña, que se encontraba encantada por las atenciones del padre.

Harris (1966), menciona que el sexo más que otro aspecto induce a la aprensión y sentimientos de culpa, la masturbación, los sentimientos hacia las personas del sexo opuesto, la angustia de ser descubiertos, su inseguridad con respecto a lo que creen saber, los conflictos de lo que ven y oyen de el proceder del adulto, así como lo que se les ha dicho de lo bueno, les ocasiona una confusión y perturba, ya no solo es eso, sus conflictos, también le generan angustia, llegando a provocar sentimientos de temor, taquicardias, transpiración.

Aberastury (1964), agrega lo siguiente referente a la masturbación, esta es una fase normal del individuo en la adolescencia, cursa por el periodo de la esquizo-paranoia, ve a sus genitales como parte ajena a su organismo, trata de recuperarlos e integrarlos, finalizando con el proceso depresivo por medio de la angustia, primero de tipo persecutoria para terminar en depresión y así lograr la identidad genital adulta con la capacidad procreativa, independencia y capacidad para formar una pareja estable de acuerdo a su propio espacio y mundo. Sin embargo esta autora logra establecer que el adolescente presenta tres pérdidas importantes en esta etapa de su vida las cuales serían: El duelo por la pérdida del cuerpo infantil; El duelo por la identidad infantil y su rol y por último el duelo por la pérdida de aquellos padres de la infancia

Dolto F. (1987) determina que los chicos y las jóvenes se encuentran dispuestos a excitar aquellas zonas que le proporcionarían fuerza y valor, de tal modo que la masturbación puede provocar la salida a la depresión, siendo totalmente falso, una trampa que descarga nerviosamente, con sentimientos de minusvalía para poder afrontar la realidad y vencer las deficiencias.

Desafortunadamente para la mayoría de las adolescentes llegan a satisfacerse de forma imaginaria acerca de la fuerza, para ir en busca de la realidad, de aquel chico o jovencita que les brinde su amor que le sostenga, apoye y le ayude a salir de esa trampa en que le han aprisionado algunos adultos indiferentes o agresivos, incluso para algunas madres de frases inoportunas, como "No llegarás a ser nada", "como quieres gustar a una chica si siempre andas tan desaseado" "ah vaya, no le eres tan indiferente ¿es tu novia?" resulta para el adolescente aterrador ser descubierto de esa forma.

Blos (1969), nos dice que el rol significativo ante la oralidad, juega un importante papel durante el proceso de separación, el cual es revestido en anhelos orales, permitiendo la explicación a la frecuencia de estados de ánimo depresivos en el adolescente, mediante una regresión transitoria a la etapa oral, la cual se encuentra adjunta al desarrollo. Una situación de regresión narcisista se ve equilibrada gracias a la ideación relacionada del objeto con la aguda percepción de los impulsos instintivos. El adolescente que se ve en la necesidad de amar, presenta una regresión hacia aquellas costumbres infantiles, las cuales incorporan los objetos por destrucción, de tal modo que los pueda reproducir en alucinaciones o fantasías ante la realidad externa que se identificara con su Yo (tomando en cuenta que en este momento es el Yo, lo único existente).

También es factible que en la adolescencia estén presentes síntomas psicósomáticos, por lo que algunas manifestaciones son derivadas de alguna causa psicológica o realmente se dan por la manifestación de algún daño orgánico, que puede persistir, y ser recurrentes de algún dolor de cabeza, de espalda, náuseas, diarreas, palpitaciones; en cuanto a los miedos, fobias, tic nerviosos se pueden presentar como síntomas transitorios.

Harris (1966), refiere que es sorprendente como aun ya de adultos podemos cursar por diferentes manifestaciones con la finalidad de sentirnos papachados por nosotros mismos y los demás. Tal sería el caso de presentarse un resirio y vernos en la necesidad de guardar reposo, nos encanta el trato como bebés, pero no es fácil que lo aceptemos libremente, precisamente en esos momentos nuestro estado emocional se puede comparar a la impaciencia con que el niño desvalido reclama.

La personalidad del adolescente no ha sufrido algún cambio ante alguna enfermedad psicósomática, y tampoco construido las defensas que se presentan cuando ha estado presente por mucho tiempo. Pero cuando los síntomas se han implantado, es como si la personalidad se hubiese volcado en función a la enfermedad, predominando la mayor parte de su atención en la enfermedad, provocando minusvalía al individuo y a la vez la lejanía del mundo adulto.

Muchas de las manifestaciones se presentan cuando el sujeto se encuentra frente al público, tal sería el caso de la boca seca, manos húmedas, vacío en la boca del estómago, todo esto diferirá de acuerdo a las experiencias en cada sujeto. Sin embargo cual-

quiera que sea la causa emocional, el surgimiento de las afecciones orgánicas cargada de fenómenos emocionales, revelan francamente el comportamiento regresivo, lo que asemejará y reproducirá las conductas infantiles; obteniendo de aquellos que nos rodean amabilidad y cuidados, que pueden llegar a justificarnos ese desánimo por la vida, de tal modo que reflejan el deseo de volver a ser protegidos como cuando se era infante.

Se puede observar que en las pulsiones de la pubertad la perturbación económica en el aparato psíquico, son las provocadoras de síntomas de neurosis actual, dado al bloqueo de la libido, ahora los síntomas histericos muestran claramente los factores de conversión, como la puesta en escena de los teatralismos que presentan.

Sin embargo no siempre aparece en todas las personas, lo que refleje el modo de como cuando se era pequeño hayan podido expresar sus sentimientos profundos, de tal modo que si fue satisfactorio difícilmente podrán desarrollar enfermedades de tipo psicósomático. El tomar en cuenta las causas que mortifican a la adolescente en su crecimiento, prospera a convertirse en mujer, por supuesto que no será lo mismo que preocupa al adulto e incluso al varón de su misma edad, esto nos lleva a pensar que los problemas que le aquejan en ese momento son de orden sexual, escolar, fidelidad, incluso de muerte, o de provenir de una mala relación con los padres, para lo que es necesario permitirles resolver a ellos solos (en ocasiones) sus problemas, para así poder prevenir alguna actitud rígida.

Por lo que el dar la oportunidad de esas soluciones no tienen que esperar a llegar a la edad adulta, ya que el beneficio de la educación emocional segura (padres bien adaptados que se saben manejar, cuyas vidas les satisfacen), generalmente la respuesta será de hijos en equilibrio, siendo esta una garantía. La mayoría de las veces el adulto proporciona a sus hijos un modelo de comportamiento de manera inconsciente la presencia o ausencia de algún síntoma.

Cuando la angustia se presenta de manera intensa, la manifestación de los mecanismos de defensa se hacen presentes de manera muy precaria, de tal modo que el adolescente tiende a regresar a estadios anteriores, como ya lo hablamos mencionado; las regresiones que se pueden presentar en la adolescencia llegan a desembocar en la identificación primaria con la madre, una vez vuelto a ese estadio los límites del Yo corren el riesgo de volverse vagos, obteniendo alteraciones en la identificación y las proyecciones, el control de la realidad se deteriora, lo cual se presenta debido a la no diferenciación de lo exterior e interior, corriendo el riesgo de desorganización, miedo profundo a perder la personalidad, (su identidad).

Es claro ver que la regresión tiene como finalidad el escape a los conflictos y peligros que se dan en las relaciones objetales; el poder lograr alivio en la identificación primaria no siempre puede ser pasajera debido a la presencia de una nueva angustia, y

es precisamente el fracaso emocional, la pérdida del Yo, la lucha que se presenta ahora hacia la madre de forma diversa ante la regresión, puesto que los mismos deseos que presenta el adolescente de regresar a la infancia, la madre también los percibe, de tal modo que la rebelión sirve como defensa no sólo para la adolescente, también para quien favorece la regresión (que son los padres), siendo para estos difícil el aceptar el problema del crecimiento.

Geleerd (1971), proclama que el momento de regresión en el adolescente es una pauta para la adaptación, entonces la aspiración a la unión con el objeto de manera total, caracterizara la sexualidad en etapa adulta, estas regresiones permite echar un vistazo a la forma de soluciones, un nuevo planteamiento para con él, pero borrando algunos obstáculos, del mismo modo da la pauta a un surgimiento en el crecimiento del Yo, manifestándose en entusiasmo. Lo que indica que al terminar las relaciones objetales en la adolescencia tanto las reacciones de duelo como las defensas que se oponen a las relaciones incestuosas provocan la angustia de la regresión (citado por Estrada 1992).

Anna Freud (1936), se refiere al "ascetismo" e "intelectualización", en la adolescencia puntualizando lo siguiente:

Ascetismo.- Se presenta la lucha con todos los impulsos edípicos, preedípicos, sexuales, agresivos, proporcionando una generalización en la defensa ante el grupo de pulsiones; lo cual es presentado por la gran cantidad de pulsiones bajo el riesgo de desembocar en los famosos estados de pánico, siempre y cuando el Yo no consiga tomar el mando. Tanto el baile como la música y la gratificación alimenticia le resultan peligrosas y reprecensibles, esto implica que no se pueda obtener satisfacción para las propias pulsiones. Se dice que las satisfacciones se obtienen mediante el narcisismo, ya que se siente amado y protegido por un Super-yo severo y cruel, también se puede ver la satisfacción de su moralidad, permitiéndole sentirse casi de forma paranoica, superior a los que le rodean, de ese modo puede disfrutar de forma extrema el sufrimiento erotizado (percibe en su cuerpo placer pese al sufrimiento y el padecer).

Es precisamente que A. Freud ve este mecanismo como fuente total de hostilidad, esencial e innata del Yo contra las pulsiones, el adolescente puede sentir una distancia entre el Yo y sus instintos, con la finalidad de reforzar su personalidad; ante esta situación se puede decir que este tipo de sujetos rechaza todo compromiso, se vuelve intolerante, es radical en sus expresiones y sobre todo orgulloso de sus principios.

La Intelectualización.- Es un mecanismo entrelazado a las funciones del Yo, lo que permitirá la adaptación a la realidad, teniendo un lugar importante respecto a las pulsiones, lo cual es permisible gracias a la maduración y organización de su capacidad intelectual; en vez de separar las pulsiones y rechazarlas, es

hora de que el adolescente se ocupe de ellas, de forma teórica, en busca de todo lo que siente, en forma inconsciente transformarlas en ideas abstractas.

Rapoport (1989), señala que durante este periodo, de transformaciones y cambios, en gran parte desembocada por la falta de identidad, donde no sabe de que forma comportarse ante diferentes situaciones, puesto que no es ni niña y mucho menos adulto, y el cuerpo que podría ser su aliado tampoco puede asistirle en esos momentos, pero sin embargo puede experimentar de forma inexorable los cambios que presenta su cuerpo.

A. los catorce años nos dice Gessell (1987), la adolescente presenta diversos cambios emocionales los cuales van de la timidez, la susceptibilidad, las extravagancias, hasta llegar a las risas, los ruidos y el canto, formando parte de la alegría de esta edad, estas nuevas características forman el movimiento de avance con mayor plenitud, logrando el equilibrio estable frente a las personas por las cuales esta rodeado, presentando mayor seguridad, lo cual en gran medida se debe a la química corporal y las reorganizaciones evolutivas de sus psique.

La chica de esta edad tiende a comportarse de manera extrovertida con respecto a sus relaciones interpersonales, viéndose favorecidas las actividades atléticas y colectivas, así también será notoria la preferencia de los varones compañeros del mismo sexo o que sean miembros de un grupo de la misma actividad, siempre y cuando no haya chicas, ya que estas últimas son las que prefieren a los chicos.

La comunicación se vuelve cada vez más intensa, no bastan las horas dentro de la escuela, por lo que el teléfono resulta ser el mejor aliado. Tanto la comprensión como la fluidez verbal maduran cuatro quintos del nivel comparado con el adulto, siendo esto lo que provoca en el adolescente una gran experiencia en lo referente al razonamiento autónomo, pensamientos que se presentan en pro y en contra, persiguiendo una conciencia de dejar la escuela.

A. Schweitzer, refiere como al cumplir los catorce años les apasiona buscar la verdad y lo bueno, tras una vehemente necesidad de pensar, sin embargo para poder determinar como la válvula de escape se puede manifestar sería fácil recordar que a esta edad las chicas se comen las unas en situaciones que le causen estrés, algunas películas de espanto suelen ser la causa de intensos dolores de cabeza, sería semejante la respuesta cuando se sienten en un ambiente fuera de control (citado por Cerda 1978).

Retomemos lo dicho por Gessell frente a la adolescente de 15 años y veamos que les resulta ser de mayor impacto la vida que la muerte, ya que a los 14 años se enfoca en lo primordial que le resulta la vida y la muerte y que todo aquel que comienza con una vida sana no deberá morir, sino hasta llegar a viejo. No es

precisamente que sea esceptico; y aunque el rezó ya no lo hacen noche a noche como cuando era niña, a menudo piensa en Dios, al recurrir para pedirle ayuda en los momentos de mayor dificultad.

Ramirez (1973), nos dice que el adolescente aún estando consciente de sus cambios, es capaz de retarse a si mismo, para de algún modo poder saber hasta donde es capaz, permitiendonos observar tambien que en su vida muestre avances y retrocesos, que en vez de maduración demuestra inestabilidad en cuanto a sus decisiones, pero que en epocas futuras le darán fuerza para mejores decisiones y posibilidades.

Así vemos como el adolescente llega a mostrarse agresivo para poder imponer su moral, puesto que cree poseer la fuerza, la ostentación de su lenguaje y sus gestos. Toda una gama de emociones ardientes, sentimentales, lleno de apetito sexual, cargado de culpa, ansioso, amargo, sombrío, exaltado y atormentado. Así podemos observar que el comienzo del mundo Adulto presenta cinco problemas relacionados entre sí (el sexo, la identidad personal, la discordia familiar, el crecimiento físico, y el crecimiento orgánico), una de las más grandes ironías es el apelar a su capital psicológico encontrando que los padres no son tan sabios como lo imaginaban, su religión no es tan perfecta, descubre que sus ahorros no tienen el valor que imaginaba e incluso su propia imagen no le resulta tan atractiva.

Horrocks (1913), propone cinco puntos de referencia los cuales se implantan en esta época: El individuo busca su status; las relaciones grupales adquieren máxima importancia; desarrollo y crecimiento físico; expansión y desarrollo intelectual; por último desarrollo y evolución de los valores.

Diversos estudios de la adolescencia puede denotar que los factores críticos que se presentan en esta etapa, se vinculan con problemas los cuales la mayoría de las personas ha experimentado al cursar por ésta. De tal modo que se ha llegado a converger en cinco categorías generales: El cambio fisiológico; las relaciones familiares; la relación con los padres de ambos sexos; el crecimiento cognoscitivo o intelectual y la identidad personal. A lo que agrega Rapaport (1980), la realidad cotidiana se presenta en la pubertad, asusta a muchos adolescentes, la menstruación, las erecciones del pene llegan a poner a éstos, en estado de gran ansiedad; en conclusión podremos decir que los esfuerzos del chico para resolver estos problemas se verán influenciados por dos condiciones críticas: La posición social y los peculiares cambios físicos.

Rocheblave, Proclama que cuando el desarrollo cronológico se topa con un obstáculo se produce la llamada crisis, denominándole desorden previo al nuevo equilibrio. Debesse (1973), ha logrado establecer que no todos los adolescentes presentan la famosa crisis, puesto que algunos tienen un desarrollo más regular, esto claro es de acuerdo a la clase social por la cual este rodeado, al igual que la civilización. En la adolescencia no se presentan

diversificadas formas como la infancia; el comienzo del concepto de sí mismo, hasta la adolescencia es un proceso que implica incremento gradual de conciencia de sí.

Dolto F. (1987), denomina la ruptura del estadio infantil en la posibilidad de disociar la vida imaginaria de la realidad, tal sería el caso del sueño con las relaciones reales. Tras la crisis llamada edípica que opone al chico fuertemente enamorado de su madre a su rival, que es el padre, quien en el mejor de los casos, es una fuente de admiración, es tiempo de apagar ese fuego, lo cual no excluye que pueda tener una visión clara de lo que es la sexualidad latente, sin embargo comprende que no podrá encontrar su fuente de amor en la familia. Así que en el mejor de los casos el chico mantendrá una ternura idealizada por ambos padres, pero con un sentimiento dividido entre la confianza y el miedo de apartarse de la ley, que el padre desea que guarde.

Horrocks señala que una vez que el adolescente experimente la independencia psicológica, será capaz de decidir por sí mismo, sus relaciones heterosexuales se ampliarán, ya que el individuo es capaz de presentarse ante diferentes personas, llega la hora de enfrentarse por sus ideales, lo que le fortalecerá la confianza, la búsqueda de valores absolutos, creencias firmes, generosidad de ánimo, entre otras, surgirá el deseo de encontrar un compañero estable con quien pueda contar en esos momentos y en un futuro.

El adolescente puede generar angustia al ver que sus metas de estudio, las cuales no ha trabajado empeñosamente, puedan no ofrecer los resultados esperados; Un elemento que ayuda al Yo a disminuir la angustia es la motivación, la cual influirá de acuerdo a la calidad de ejecución de lo cognitivo, por consiguiente cuanto más elevada sea la motivación las expectativas de éxito aumentarán, obteniendo buenos resultados.

Por otro lado Gessell (1987) nos señala las características del adolescente de 16 años el cual solo tendrá que ponerse de puntas de pies para observar el horizonte de la edad adulta; al parecer persiste la seguridad, lo cual se percibe a través de lo ordenada y controlada, con sentimientos de haber alcanzado la independencia, los conflictos van en degradación ahora la respuesta más frecuente es "no te preocupes por mí"; la mayoría de los jóvenes informan que el número de amistades es inmenso, pudiendo llegar a ser tan intensas que provocan fastidio a los padres. A esta edad se procura dominar los sentimientos y cuando han osado herir sus sentimientos procura ocultarlos, procuran desahogar sus humores negros en el caminar. El simbolismo de la complejidad y el desafío suelen hacerse presente y ocupar poco tiempo para pensar con profundidad.

Uno de los factores que preocupan a los padres es la obsesión por el temor ante la posible evolución de los hijos hacia la homosexualidad, sin embargo no olvidemos que a la edad de entre los 14 y 16 años el adolescente pasa por una etapa fisiológica y transitoria de homofilia, con la necesidad de afirmar su personalidad

por medio de numerosas experiencias con personas de ambos sexos. Por tanto será necesario ver si el hijo adolescente se encuentran preocupados por los fantasmas de la homosexualidad será conveniente nos dice Tordjman, que sean estos los que tomen la iniciativa de hablar con los hijos, pero no con la necesidad de hacer ver la homosexualidad como catástrofe, ya que eso incrementaría la angustia y la culpabilidad, más bien sería el crear un ambiente de confianza, el leer un libro para mantener una conversación tranquila con estos jóvenes.

Queda claro que la oposición que presentan los adolescentes para con la familia, es precisamente el contrariarlos para lograr su independencia; se puede observar la negativa para dejarse guiar en la elección de sus amigos, lecturas, diversiones u opiniones políticas, comienza por rechazar los paseos dominicales con los padres y reivindica el derecho de salir por la noche. Para algunos padres esto puede resultar difícil de entender, ya que no logran entender la actitud de desafío que presenta el joven, sin embargo les deberá quedar claro que no es precisamente contra ellos esta oposición, más bien sería una reivindicación de libertad.

El adolescente quiere asumir sus propios riesgos, la práctica con el deporte, prefiere salir de excursión con los amigos o de vacaciones a la aventura; pese a sus temores e incluso, a su tristeza los padres deberán dirigir con amor la transformación del niño a adulto, pero con el cuidado de no intervenir directamente en las decisiones de sus hijos, de tal medida se podrá obtener una modificación referente al clima familiar, puesto que al presentarse la regla democrática y se puede renunciar en ambas partes a imponer la ley, el desarrollo del joven surge sin tantas conflictivas, favoreciendo la tolerancia.

1. 4 LA NIÑA SE HACE MUJER " DUELO O DEPRESION "

** Ella tenía esta gracia fugitiva que marca la más deliciosa de las transiciones, la adolescencia, los dos crepúsculos mezclados, el comienzo de una mujer en el fin de una niña ** Victor Hugo.

Anderson (1817), nos describe que la infancia es una etapa de la historia, a la memoria del individuo, surge una nueva perspectiva en el tiempo del adolescente con un pasado circunscrito, pero con un futuro limitado que establece a la vida entre lo que es el nacimiento y la muerte. De tal modo que tanto el amor y la comprensión se verán en la necesidad de modificar la vida, retirar los temores de la soledad y la muerte. Así mismo las nuevas circunstancias en la prosperidad de forma ilimitada de la infancia se comprimen ante las proporciones reales, tanto en oportunidades como en metas limitadas, de igual modo el dominio del tiempo, el espacio y la conquista del abandono permitirá la autorrealización que antes había sido desconocida para éste (citado por Blos 1987).

Aquellos poderes que se presentan durante el desarrollo anterior en el orden ascendente que va de la infancia a la juventud (esperanza, voluntad, finalidad y habilidad, fidelidad y amor), se han vuelto tarea esenciales que formaran parte de su próxima generación. El estancamiento marca la patología básica potencial en esta raceta, lo que podría denotar cierto tipo de regresión a conflictos previos donde la depresión se pueda enmarcar.

Para Blos (1987), es claro ver que la situación conflictiva que se presenta en la niña es durante los últimos años de latencia, en el momento que sus impulsos instintivos aparecen y el Super-Yo se vuelve inadecuado para enfrentar a la pubertad.

Para S. Freud (1910), el periodo de la vinculación amorosa, antes del complejo de Edipo, es la fase decisiva para el futuro de la mujer, esto por que ya se prepara para adquirir aquellas cualidades, las cuales le servirán para entender su rol con respecto a las funciones sexuales. El intento por adoptar la identificación con la madre, sería uno de los caminos para la niña, que se da cuenta de su castración (junto con la de la madre), lo cual transfiere su amor de manera ambivalente para el padre deseado, renunciando a la agresividad (masculina) de tal modo cambia su atención sexual del clitoris a la vagina adoptando una posición totalmente femenina, guiada por la posición masoquista-pasiva a lo que Freud le llama Femenidad normal. Llego el momento en que la niña abandone a la madre, tanto en el plano afectivo como sexual (dicho cambio también es factible de observar en la etapa fálica).

La niña comprende que bajo la esperanza de que el futuro bebe será el sustituto de aquel miembro que no le fue provisto, equivalentemente la hija se aparta de esa madre permitiendo un desplazamiento desde la pérdida de un órgano externo a un sentimien-

to potencial vital interno, el cual va acompañado de un desprecio, lleno de odio para con la madre, hacia una solidaridad con la misma y con otras mujeres, realizando una serie de actividades de la posesión de ovarios, del útero y la vagina, ante el placer masoquista que da el dolor y una tolerancia a entender dicho dolor como experiencia de la misma vida, pero en particular del rol femenino. Horney (1978), postula que la mujer se ira conformando en compensación con el hombre, dado el deseo de llegar a ser madre.

H. Deutsch (1960), denomina la esencia femenina de acuerdo a tres rasgos específicos, estos son: El Narcisismo, La Pasividad, El Masoquismo; sin embargo las mujeres que tienden a distanciarse del concepto femenino, la esencia femenina esta presente, claro que no tan a la vista, puesto que se oculta tras la apariencia, o velada por las necesidades sociales y en determinado momento algunos comportamientos individuales.

Estas tendencias a las reacciones de amor narcisista es lo que le lleva a la envidia del pene, esto mismo es lo que coloca a la mujer en la melancolía, por lo tanto la mujer quiere al hombre para recuperar su perdida, sin embargo, frecuentemente se desilusiona y se predispone a regresar a si misma su energía libidinal antes de reatacar nuevos objetos, la expresión femenina, el status inferior del rol femenino, y los conflictos entre el deseo de cuidar a los niños y la necesidad de independizarse contribuye en gran medida a que la mujer se puede ver envuelta en el masoquismo (Horney, 1967).

Ante cualquier rol social asociado al propio físico, en estados de tensión y preocupación por parte del mismo (cuerpo), podrá ser expresado y reconocido por las configuraciones lúdicas. Es contemplado la diferencia que existe entre los cuerpos de ambos sexos, sin embargo lo más importante es la predilección y predisposición, siendo semejante a la madurez e inteligencia, es por eso que las mujeres han encontrado su identificación de acuerdo a los cuidados que le dediquen a su cuerpo, así como las necesidades de su descendencia.

Podemos recordar que a lo largo de muchos años tanto mitos como cultos han testimoniado para ambos sexos que la mujer posee y conserva una boca devoradora, tras un esfinter que desaparece y una herida sangrante, así la realidad sensorial y la conclusión lógica obtienen sentido a partir de la experiencia cinestésica y de recuerdos en la existencia de aquel espacio intracorporal productivo y protegido situado en el centro de la forma femenina, que posee mayor realidad que el órgano exterior faltante, según Erikson (1968).

Así también nos dice Erikson (1969), el psicoanálisis de las mujeres inicia con las experiencias más tempranas de diferenciación, las cuales se encuentran reconstruidas a raíz de aquellas pacientes femeninas las cuales presentan frecuentemente conflictos con su rol (la feminidad) y con todo aquello que le marca una desigualdad. Podemos encontrar que a últimas fechas existe una

aseveración a partir de que la niña puede observar la diferencia de sexos, llevándola a investigar con la vista y/o el tacto, reaccionando con gran placer o desagrado, también puede intuir o inferir con los medios cognitivos e imaginarios que tenga a su alcance.

Tanto niñas como niños, tarde que temprano llegan a notar la falta del pene en alguno de los sexos, dejando una herida para posteriormente constituir la formación de la mujer; la niña bajo condiciones urbanas se encuentra inclinada a observar tanto en la hermana, la madre y en la hembra animal el espacio intracorporal, el cual es visto como productivo y peligroso, donde no sólo se puede hablar del embarazo y el parto, también en la lactancia y en general las partes que conforman la figura femenina, que a la vez proporcionan plenitud, calor y generosidad.

Recordemos que durante la fase edípica, la niña privada de un pene, le hace sentir autodevaluada, con poca autoestima, de ese modo empieza a aumentar la envidia para con su padre y con los demás hombres. La fijación de la chica con su padre, el cual es el modelo de las relaciones posteriores de amor con los hombres, basado en el amor narcisista, sería que ella es motivada al deseo de tener parte de sí misma que siente, ha perdido.

La niña está cambiando y aprendiendo la naturaleza de una relación objetal, partiendo de la madre para instalarse a lo largo de su vida, así también la relación aprendida con el padre aunque de modo diferente: llega la hora de entablar nuevas relaciones de amor, donde la persona elegida deberá estar dispuesto a responder a esa mujer, denotando esta última la forma de transferir la libido de la madre al padre, viviendo la transferencia como la reconstrucción del mecanismo aislado cuando su Ego sea inactivado.

Sin embargo durante la adolescencia algunas chicas se presentan como verdaderos marimachos, esta joven se lastima, juega a los mismos juegos que los chicos, no se torna miedosa, de igual forma critica a la madre, buscando nuevos objetos de identificación, suele establecer afectos muy firmes con la amiga de su misma edad; tanto las investigaciones respecto a lo sexual y compartir secretos, tiene el concepto de satisfacción sexual.

Al presentar rasgos homosexuales o bisexuales no se ven tan reprimidos como en el adolescente, además surge la etapa del flechazo, este dirigido para con el profesor, la cual presenta una pasión cien por ciento ratificada por la imaginación, que en la mayoría de los casos no se hacen realidad.

La inexperiencia o el pavor logran que el adolescente practique la masturbación, lo cual es algo característico en la mayoría, tanto en hombres como en mujeres por primera vez, corren el riesgo de sufrir cierto daño mental o físico ya que le ocasiona sentimientos de culpa, vergüenza o de maldad. En ciertas ocasio-

nes las necesidades sexuales no tienen meta precisa, de tal modo que se corre el riesgo, de que todas las relaciones sean sexualizadas.

Podemos observar que la intuición femenina surge gracias a que la chica se entrega a la vida imaginativa, desarrollándose la observación de sí misma, y es la misma actitud de volverse al interior asociada a la riqueza emotiva e imaginaria lo que le permite la intuición.

Es curioso ver como incluso las niñas pueden ser más precoces que los niños en cuanto a detalles inmediatos en el tiempo y espacio que posea una capacidad de discriminación en cuanto a lo visto, oído y tocado. Todo lo esencial de la tarea biológica pudiera parecer como deplorable desigualdad, el hecho que la mujer muestre menos vigor, rapidez y coordinación referente a los músculos mayores, es notable la forma como la niña tiende a contentarse en menos tiempo que lo usual en el hombre, mostrando menos resistencia de control.

Es la etapa donde las chicas buscan más la compañía del chico, por eso y muchas otras razones es que se torna importante el rasgo del carácter según el sexo. H. Deutsch (1960), nos dice que el periodo de mayor liberación de la sexualidad infantil, es acompañado por un cambio forzoso hacia la realidad, lo cual puede contrarrestar la reaparición en los deseos infantiles. El conflicto más frecuente durante esta etapa es su naturaleza defensiva, en especial durante el desarrollo progresivo, el cual no ha podido mantenerse adecuadamente.

La nueva mujer se cubrirá bajo posteriores decepciones y nuevas expectativas, los cuales acompañan a los futuros cambios de fijación de actividades anteriores a otras recientes, sin embargo ante los cambios favorables las oportunidades ofrecidas en base a las nuevas relaciones se vera aceptado por las antiguas decepciones. Encontramos que en las nuevas fijaciones se formaran las nuevas frustraciones, debido al rol interiorizado y positivo que se cree existen de manera rudimentaria, provocando nuevas fantasías, seguidas de la represión y la frustración, es precisamente que la mujer bajo la mira de su espacio interior demuestra un sentimiento específico de soledad, el miedo de quedar vacía o privada de tesoros, una especie de drenaje total de toda la sangre de su organismo, de la vida, sorprendiendo incluso algunos hombres al observar como puede ser derrotada una mujer por dicha circunstancia, provocando empatía y horror sin llegar a comprenderlo. Sin embargo dicha herida puede ser revivida en cada menstruación; tras el clamor al cielo por la pérdida de un hijo, convirtiéndose en cicatriz una vez llegada la menopausia, por tanto es evidente dicho vacío.

Queda claro que para psicólogos, psiquiatras y educadores, las jovencitas que mantienen una vida de mujer desde muy temprana edad, generalmente quedan frías, con un nivel cultural bajo, sin el uso de energía que requieren las actividades de otros adolescentes.

El fervor moralista que se presente en la mayoría de las mujeres sobrevive al cambio de acuerdo a las condiciones, la actitud feminista cuida cualquier tentativa que el varón pueda determinar hacia esa actitud, esto último es marcado de tal modo que implica hacer la diferencia o mejor nombrada como desigualdad congénita; le resulta difícil a cada mujer poder encontrar las palabras adecuadas para marcar su disgusto ante lo que implica urgencia o actualidad.

Erikson (1968), postula que la ubicuidad de la amenaza nuclear, la exploración del espacio exterior, y el constante desarrollo del mundo, lo referente a lo histórico de por resultado la redefinición de la identidad de sexos dentro del nuevo contexto del hombre. Esto nos demuestra que las mujeres pueden sentirse (no siempre) limitadas frente a la competición profesional, podemos comprobar que la mujer se ha mantenido pese a múltiples facetas que ha ofrecido la tipología y cosmos que los hombres han cultivado.

Esto significa que pese a la igualdad que se ha podido establecer no ha implicando una igualdad de derechos, no han logrado la identificación esperada, si tomamos en cuenta que la mujer se preocupa por la expresión de la sociedad e incluso en su rol dentro del poder. A últimas fechas se ha implantado una decisión entre hombres y mujeres referente a que tanto se puede igualar y llegar a ser plenamente humana, lo que resulta es una parodia a nivel cósmico, provocando una nostalgia de dioses con sentido del humor.

Es precisamente por lo anterior que les resulta de forma retrograda comportarse como tiempos de antaño, sin embargo encontramos un fehaciente deseo por parte del hombre de conservar la polaridad sexual, puesto que se puede perder la tensión vital al acentarse la igualdad y la equivalencia, donde algunas mujeres han aceptado el compromiso de mantener algunos aspectos esenciales; esto nos lleva a contemplar un equilibrio, la toma de consciencia y la auténtica exploración de sí mismo; frente a la discusión ante la ambivalencia y ambigüedades que se han mantenido durante mucho tiempo pueden ser agravadas en vez de encontrar alivio, por el deseo de compartir una visión parcial.

Existe cierta envidia entre mujeres, pero en algunas culturas es más relevante dicha envidia, observando que en épocas actuales continua sin encontrar un lugar, puesto que la femineidad se ha vuelto como una neurosis de compensación, bajo una notable insistencia para lograr ser restablecidas.

La futura portadora de óvulos maduros, de capacidad maternal, tiende a sobrevivir con mejor aceptación a su parto, convirtiéndose en un ser más resistente, que pese a su sufrimiento y afeciones, ante las cuales se mostrara más fuerte en comparación de aquellas enfermedades que han llegado a matar a los hombres (enfermedades del corazón).

La adolescente sufre una pérdida ante la renunciación de aquellos padres edípicos, lo que le permite experimentar un vacío interno, pena y tristeza, perteneciente al luto, al presentarse el luto implicara una tarea psicológica durante la adolescencia (como ya antes lo había señalado Aberasturi), en la cual ningún chico quedara exento ante la paradoja de querer preservar las ganancias a las cuales se hizo acreedor durante la infancia y de igual forma gozar simultáneamente de las prerrogativas de la llamada madurez. Del mismo modo al enamorarse tiene como finalidad el motivo por el cual vivir luchar y esforzarse, permitiendo una mayor autoestima que fortalecerá al Yo, preparando al individuo en el empleo de sus facultades físicas y mentales.

Mitchell, refiere que la mujer se torna más susceptible al proceso de la depresión de acuerdo a su propia estructura de la personalidad (citado por Axelrod 1987).

A Freud (1958). Hace mención a la reacción del duelo, demuestra que la libido se encuentra totalmente investida en un objeto, ante el impulso sexual se vuelve a investir de fantasmas arcaicos, lo cual se puede observar durante la preadolescencia ante la anorexia mental, que durante la infancia se debía al miedo de la fecundación oral. Durante la etapa de la pubertad y el desarrollo de los genitales existe la posibilidad de maternidad, reforzando la identificación con la madre.

En algunas investigaciones se ha demostrado que el duelo se debe en cierta forma a la pérdida de alguna imagen parental, lo cual se presenta ante los cambios de la adolescente. La joven tiene otras perspectivas respecto a los padres, esto por la evolución de sus relaciones mutuas, en cierta forma se refiere a los fantasmas de la muerte de los padres de su infancia y de acuerdo a la progresión y reservas energéticas, siendo el preludio de nuevos afectos.

Freud en 1914, postuló que la pérdida de un ser querido (ante la muerte) que sufrían aquellos en su desarrollo emocional, se han vuelto melancólicos, lo anterior es dado por el sentimiento de culpa y el exceso de odio que dirige sobre sí mismo, sinceramente alguna falta grave debe pesar en el desarrollo de un hombre que sufre de ese modo.

Tomemos en cuenta que todos los cambios son debidos al desarrollo y las normas que implica la sociedad, incluso la misma autonomía de la adolescente, es una conquista que se reinvierte en los padres, así la adolescente huye del peligro del padre edípico, y de igual forma las pulsiones para con los mismos (si se huye es por que se les quiere); denotando que la regresión por la que cursa la adolescente es de tipo defensivo, ya que las figuras parentales siempre representaran el pasado y la unión simbiótica; en ocasiones este miedo es fomentado por los mismos padres ya que no permiten que el niño crezca.

Bigras, nos dice que el adolescente es incapaz de enfrentarse a sus padres o le resulta crucial la separación con la madre, no

existe otra salida que el de cerrar los ojos, de ese modo le lleva a sostenerse de una manera desmesurada para agarrarse al todopoderoso peraiso perdido (la esquizofrenia). Por tal motivo el carácter defensivo y el rechazo de la adolescente para con las figuras parentales es en cierta medida el conflicto dependencia-independencia, y la identificación con dichas figuras es para conservar esos objetos que sin tenerlos cerca se pueda conservar su presencia sin causar mayor daño (citado por Axelrod 1990).

Profundizando un poco más, S. Freud (1914), nos dice al respecto: El objeto perdido es recuperado por el Yo y la agresión es vuelta al origen contra el objeto de amor, la cual se puede observar y manifestar en odio y amor, que va dirigido al sujeto, el cual se encuentra bajo un estado de melancolía y víctima de las torturas que afligen en sí mismo. Es por eso que durante la adolescencia se ve todo de color gris, se encuentra triste sin saber el motivo, se tiene la impresión de que no se encuentra atado a nada. La melancolía presenta efectos secundarios la descarga de agresividad sobre el antiguo objeto de amor, le hace sufrir la depresión.

Es sabido que el melancólico se queja de su persona, se hace reproches, se encuentra totalmente devaluada, haciendo alarde de inutilidades y culpas, lo cual marca todo aquel odio reprimido que experimentaba para con el ser amado que murió (o en dado caso la niña que está por despedirse de la nueva señorita).

Por tanto es considerada la nostalgia como la regresión a la etapa preedípica, ya que en ésta la niña era feliz con la unión pasiva tanto del padre como de la madre. Sin embargo para K. Horney (1967), la nostalgia es la expresión de un conflicto el cual surge ante la dependencia referente a los padres así como la revuelta contra ellos; es precisamente la nostalgia, el sello a la tendencia de la regresión que conlleva lo doloroso que es la separación por la cual deberá pasar la adolescente. El Yo no continúa con el reconocimiento y el apoyo de las figuras parentales, lo que le hace sentirse agresivamente amenazado por ellas. El adolescente tiene la impresión de que el hecho de oponerse, juzgar y criticar son defensas ya que piensa que sus padres intentan vengarse, debido a la conducta que manifiesta, así el Yo obliga a ir en busca de nuevos objetos los cuales le brinden la propia estima.

R. Spenlé (1968), comenta que ante la ausencia de fijaciones o relaciones maternas, se verá tentado a caer en la lógica interna de la personalidad durante esa etapa, por lo que se busca la imagen materna estable, una vez logrado lo anterior el adolescente dará rienda suelta a la libido, para lo cual tuvo que haber concluido el trabajo de duelo y posteriormente transferirla a un nuevo objeto.

Es común que la adolescente se haga suspicaz, renueve su conducta, y se vuelva paranoica, ante esto último se puede demostrar en sus protestas de ser virtuosa, normal, más astuta que los demás, y en su desconocimiento de la realidad. A partir de estos cambios se puede observar que aparece un nuevo método de defensa contra

la agresión, lo cual se debe a la renuncia del antiguo amor. Puede presentar tendencias suicidas, llegando al pensamiento y dar el vuelco para actuarlo y así acabar con todo lo que le atormenta, dejando todo en el pasado, sin darse cuenta que la agresión que ejerce será dirigida para ella misma.

Queda claro entonces que a través del deseo de dependencia-independencia esta presente la angustia y los sentimientos de culpa, por lo que este período es de suma importancia tanto para la adolescente que necesita ser ayudada sin verse comprometida a pedirlo, y en la de los padres y adultos cercanos que brinden la ayuda y no les hagan sentir acorraladas.

Recordemos que al no tener un objeto externo donde depositar la libido, esta se revierte al Yo del sujeto que permite comprender cuando un chico demuestra una hinchazón narcisista del Yo, ya que prefiere disfrutar de la soledad, le encanta complacerse con su propia imagen "No tengo necesidad de nadie".

Ante la depresión el Super-Yo se ve absorbido por la regresión, este proceso tiene el intento de reparación destinado a reestructurar la autoestima la cual ha sido lastimada. Ante la interrupción narcisista se perturba el mecanismo psíquico; el Super-Yo se volcará contra el Yo, con la misma rabia que antes había actuado el mismo Yo ante la lucha por el objeto, y de igual forma se comporta el Super-Yo, de tal modo que la lucha del sujeto contra el objeto introyectado, provoca dos diferencias: aparece la lucha del Super-Yo contra el Yo el cual se ve más introyectado; pero el Yo ante su ambivalencia para con el Super-Yo lo cambia hacia la lucha volcándose el Yo Contra el Super-Yo del objeto introyectado.

U. Fenichel (1984), postula que el desarrollo de las depresiones consiste en fijaciones orales, lo cual determina el impacto con el narcisismo; para determinar las condiciones que predisponen a ulteriores estados de depresión, se requiere que las heridas narcisistas hayan tomado la forma de graves desengaños con los padres y en una etapa donde la autoestima del niño se haya regulada por su contribución en la omnipotencia de los padres. Se ha revisado que cuando una persona pierde un objeto odia al objeto por haberlo abandonado, el sujeto busca la introyección; lo que sucede en realidad es la continuidad de esa lucha con el objeto introyectado, se puede observar por medio de una amplia catexis que constituye la depresión, ante esta situación suelta un grito de desesperación para así obligar al objeto ya incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad.

E. Paqui (1992), explica que el sentimiento depresivo que cursa durante la adolescencia se hace presente con el fin de impregnar las manifestaciones emocionales y conductuales a su totalidad. Es por eso que la depresión puede adquirir características patológicas atípicas, diferentes a las que estamos acostumbrados a ver en el adulto.

Podemos comprender que el adolescente presente depresión en diversos grados, pero los sentimientos pueden ser encubiertos, a través de un comportamiento que denote inquietud, aburrimiento, quejas hipocondriacas o conductas delictivas, consumo de drogas o alcohol excesivo. La depresión puede presentarse ya que ha existido repetitivos periodos de derrota, de tal modo el adolescente siente que no puede resolver sus problemas, muchos de los suicidios no se deben precisamente a grandes derrotas, sino a una larga serie de intentos frustrantes, generalmente lo que funciona como incitador a la depresión es la pérdida de una relación significativa del cual el adolescente ama.

" Si no se tiene una idea de aquello en lo que uno cree, es imposible desarrollar y mantener un sentido estable del Yo o de la identidad " (Erik Erikson 1963).

CAPITULO II.

D E P R E S I O N



DEPRESION

11. 1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESION

Resulta inverosímil que desde nuestros antepasados se le había catalogado con una lógica increíble a los que padecían de depresiones y que a través del tiempo hubo modificaciones que llevaron a atenderla de forma perniciosa; pero sin más, explicaremos con detalle lo siguiente. Durante mucho tiempo el término depresión causó revueltas, a pesar de el tiempo que ha transcurrido es increíble la forma de como se maneja dicho término y de como en otras tantas se le da un mal empleo para calificar a las personas que por alguna circunstancia tienen que padecer de ella.

En el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba, desde el punto de vista médico que los problemas hoy llamados psiquiátricos eran relacionados con cuatro humores corporales los cuales eran: Sangre, Bilis Negra, Bilis Amarilla, y flema; relacionando la bilis negra con la melancolía dado este último término por el mismo Hipócrates, mismo que en la actualidad es utilizado después de haberle antecedido al término depresión.

Algunos Romanos como Asclepiades y Celso, en el siglo I antes de Jesucristo, utilizaban el término terapia para tratar los estados depresivos por medio de estímulos intelectuales, la música agradable, así como la buena relación emocional con medios adecuados para dar alivio a dichos estados.

La Biblia menciona dos casos de enfermedad mental donde se puede observar claramente la depresión: Uno el de Saúl, el comportamiento en su juventud había demostrado "normalidad", sin embargo en la edad adulta su conducta comenzó con la falta de dominio sobre sus impulsos, con una suspicacia de tipo paranoide así como extrema irritabilidad, esto le condujo al suicidio demostrando claramente la gravedad de su depresión. Dos, el de Nabucodonosor, este no presentaba muchas variaciones en cuanto a su ánimo, sin embargo manifestaba constantes depresiones acompañado de irritabilidad anormal y lapsos de tiempo donde el Rey creía verse convertido en animal.

Areteo de Cappadocia en el siglo II demostró que la depresión era causada por factores psicológicos y no humorales, al igual que la analogía de manía fueron consideradas como única entidad nosológica. En ese mismo siglo Galeno desarrolló una teoría referente a la enfermedad mental la cual se basaba en supuestos humores, misma que perduró hasta la edad media.

Ya en la edad media se presentó una enorme variedad de lo que llamaban "Melancolía", lo que se le imputó a espíritus o causas naturales, de tal modo las causas naturales se le atribuía el exceso de trabajo, actividad sexual; las causas espirituales sin embargo eran consideradas de origen divino.

En el año de 1552, en el continente Americano, en México para ser más precisos encontramos a un medico indigena Martin de la Cruz, quien encontró un remedio para la sangre negra, este termino adquirido de la Europa en el siglo XVI, y recomendando como tratamiento el cocimiento de hierbas junto con un jugo obtenido de flores de olor agradable, esto deberá ser acompañado de las siguientes palabras: "Ha de andar un lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy cómodamente el pulque (bebida fermentada) y mejor no lo beba si no es como medicina. Dedicuese a cosas divertidas, como el canto, la música". El reconocimiento de la melancolia como la epilepsia muestra un alto grado de adelanto en la medicina Azteca.

Por otro lado Santo Tomas De Aquino decia que la melancolia era causada por demonios e influencias astrales, dicha creencia fue desechandose en 1630 en las publicaciones de Robert Burton, bajo el titulo de Anatomia de la Melancolie.

Sin duda Constantino Fricano fue uno de los primeros en describir los sintomas de la melancolia (miedo a lo desconocido, ansiedad, excesivo miedo ante los remordimientos referente a la religion). Retomando lo que Burton destaco en su publicacion denota la identificacion de los estados depresivos. A principios del siglo XIX Pinel aporto que el pensamiento de los melancolicos se encontraba concentrado en un solo objeto, lo que ocasionaba la perturbacion de la memoria asi como la asociacion de las ideas, obteniendo como resultado el suicidio, señalando como causa primaria los factores psicologicos y como factores secundarios las causas fisicas (cambios en el organismo); es hasta 1883 que Emil Kraepelin pudo establecer las diferencias de lo que era la psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, que con el tiempo se le dio el nombre de esquizofrenia.

Después de este ultimo teórico y con la venida de múltiples estudios relacionados con la genetica referente a la psiquiatria, se pudo suponer que todos los sindromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva, esto permitió dar frente a dichos problemas durante las tres primeras décadas del presente siglo, considerando así a todo aquel que presentara el cuadro depresivo como síndrome maniaco-depresivo, esto ocasiona marcar como psicótico a toda persona que presentara los sintomas por muy leves que estos fueran.

Lo antes mencionado nos hace ver de forma clara como a lo largo de la historia se ha ubicado la era de la depresión; a comienzos de la edad media y más adelante pasando la Reforma, las ideas de pecado, culpa, condenación, castigo y desvalorización fueron los que incursionaron a la depresión. Actualmente y referente a la cultura se puede marcar a la depresión mediante la pérdida de valores tradicionales, así como la incapacidad para encontrar quien los reemplace; podemos encontrar en la cultura contemporánea la ausencia de significados que lleven al recuerdo de lo que ha caracterizado a la depresión profunda. En 1904 el termino

melancolia fue sustituido por el de depresión, esto de forma temporal hasta encontrar evidencias positivas de la enfermedad en 1910.

ESQUEMA SOBRE LOS PRINCIPALES ENFOQUES HISTORICOS DE LA DEPRESION

	CAUSAS	TRATAMIENTO
ANTIGUO EGIPTO	Pérdida del status o dinero.	Discusión verbal Religión.
JOB/ANTIGUO TESTAMENTO	Desesperación Cognición.	Fa.
HOMERO	Los dioses quitan la mente.	
ESQUILO	Demonios	Exorcismo
SOCRATES	Don del cielo no es vergonzosa.	Ninguno; es una bendición.
ARISTOTELES	Melancolia	Música
HIPOCRATES	Melancolia Natural Causas Fisicas	Abstinencia de todos los excesos, dieta vegetariana. Ejercicio.
CELSO	Una forma de locura	Relatos entretenidos diversiones, terapia de persuasión.
GALENO	Funciones psicicas del cerebro	Confrontación, Humor Ejercicio.

Es precisamente en 1910 que S. Freud enfatizó ante la psiquiatría las causas de la enfermedad, indagando con el mismo paciente de lo que éste decía y hacía, viendo que el significado era algo esencial. Abraham (1911) fue el primero en publicar investigaciones referentes a la depresión enfatizadas al psicoanálisis; se pudo percatar de que la depresión se podía comparar con la ansiedad y esta última era causa de la represión la cual impide el logro de los significados deseados, sin perder la esperanza de poder realizar lo reprimido. Por otro lado la depresión presenta la incapacidad de ser amado y de amar bajo la desesperación de no poder llegar a la más íntima emoción; en tal medida aplica a la depresión la doctrina de la excesiva represión libidinal.

Cinco años más tarde pudo aportar que los estudios de los desordenes afectivos, lo que se relacionaba con la etapa pregenital de la libido, y mostrando la forma como la depresión puede ser integrada a la regresión frente a un periodo particular del desarrollo, denominado por el mismo Freud como etapa oral, donde la descarga libidinal y la relación de vínculos objetales, haciendo hincapié que el sujeto se encuentra fijado en dicha etapa. Y es hasta 1916 que describe al sujeto como la incorporación del objeto psíquico puesto que hay tendencias para arrasar y devorar al objeto.

G. Calderon (1984), nos dice que el efecto negativo referente a las relaciones familiares y sociales influirán en la desvalorización del propio sujeto, el cual lo demostrara con sentimientos derrotistas, considerando así a esta enfermedad, como la enfermedad de la paradoja.

Sin pasar por desapercibido que la Organización Mundial de la Salud, (OMS) establece un nuevo grupo en el # IX de la Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se comenzó a emplear en enero de 1979, en el rubro 311 nombrándolo Trastorno Depresivo no clasificado.

Recordaremos que en los años de 1747 y 1768 Shact con Herchel contribuyeron a la asociación de la melancolía y la manía, donde ambos desordenes formaban parte de una entidad diagnóstica; siendo hasta 1851 que Falret hizo la diferencia entre la melancolía crónica y la variedad episódica, tres años más tarde se logró la misma observación, pero en este tiempo fue dirigida por Baillarger (citado por Ramirez 1988).

Es importante no olvidar que es Falret (1851), quien observa que el carácter familiar de la depresión es recurrente en la mujer más que en el varón, sin embargo para los científicos se mostraba confusa, existiendo una correspondencia parca entre los psiquiatras.

Indudablemente una de las atracciones que ejerce el psicoanálisis en la psiquiatría fue precisamente el énfasis que mostró en la enfermedad mental, observando que no solo se puede considerar como manifestación externa de una patología cerebral, más bien un síntoma relevante con sentido lógico que podría ser dilucidado.

Así mismo viendose en la necesidad de demostrar la existencia de aquellas motivaciones ocultas, siendo los primeros psicoanalistas quienes demostraron sumo interés ante los desórdenes similares como la histeria y la neurosis obsesivo-compulsivo. Después de haber presentado las observaciones hechas en la histeria, los sueños, las parapraxis, el chiste, la sexualidad infantil y la paranoia, es que S. Freud vuelve su atención a la depresión, siendo en esa ocasión sus contribuciones más revolucionarias.

El desarrollo del estudio genético fue incursionado con mayor énfasis a finales del siglo XIX y principios del XX, informando de manera precisa los rasgos que ocasionaba la herencia así como sus características y susceptibilidades humanas, que pueden definirse en el momento que se une el esperma y el óvulo.

11. 2 LA DEPRESION VISTA DESDE DIFERENTES ENFOQUES LO MISMO QUE SU PERSONALIDAD

Podemos observar que la palabra depresión es empleada de múltiples formas y en la mayoría de las sociedades, encontrando en algunos un significado similar y en otras totalmente diferente. Cuando una enfermedad invade al individuo, este puede entender la naturaleza de dicha enfermedad como herencia, sin descartar las enfermedades mentales e incluso la depresión. Tanto el depresivo como el invalido en tiempos pasados eran vistos como malignos evitando todo contacto con estas personas.

Kisker (1984) nos hace ver que la depresión se ha fundado en la influencia genética, bioquímica y social por lo que encontrar sólo una causa, resulta cada vez más remota.

Es importante ver la depresión como un factor de suma importancia en la presencia del sujeto, puesto que el mostrar dicha aflicción puede desencadenar ideas suicidas, abrumarse en el alcohol, drogarse y/o aislarse totalmente de los demás con tal de aminorar su estado de ánimo.

Se puede advertir que la depresión para algunos psicobiólogos es posible que se despliegue ante el comportamiento que marca el sistema nervioso central genéticamente vulnerable referente a las modificaciones de los neurotransmisores. Por otro lado Everett y Toman (1959) enfatizaron que tanto las catecolaminas como la serotonina constituyen suma importancia en lo referente a la depresión, significa que ante la minoría de norapinefrina o de la hiperactividad colinérgica se pueden ocasionar grandes estados de depresión (citado por Kisker 1984).

Kaplan (1992), nos marca que para la psiquiatría hablar de depresión resulte muy difícil, sin embargo una persona con dichas manifestaciones puede presentar un estado de ánimo, síntomas o síndromes específicos, a últimas fechas se han podido establecer diversas categorías de índole "neurótico, psicótico, primaria, secundaria, endógena, reactiva, menor y mayor". Del mismo modo puede determinarse el colapso cardíaco manifestado por anorexia, insomnio, hiperactividad, conducta de duelo, pintarse la cara de color negro y en ocasiones el suicidio, puede ser provocado por la separación de una persona querida, tal sería el caso del abandono de un esposo joven, un anciano marido; es por eso que el DSM IV implica un gran avance científico.

Se puede observar que para algunas sociedades como la Iban y la Apache no presentan un concepto el cual represente la depresión de forma patológica o síndrome, esto hace notar que dicho concepto no se haga presente en el léxico de algunas culturas en especial de las occidentales, y en otras culturas denota diferentes significados; de tal modo se puede notar que en la cultura occidental existe una orientación epistémica y el propio concepto

que se percibe como proceso existencial que puede invertir lo somático, cognitivo e interactivo, así las manifestaciones internas pueden expresarse fácilmente.

Se ha encontrado que las mayores tasas de suicidio pudieran asociarse a los estados psicológicos de índole depresivo y aunado a esto se podrían marcar las pautas de crianza y salidas culturales mediante la manifestación de agresión. Podemos ver que la depresión unipolar comienza en la tercera y cuarta década, mostrando que en el hombre es de mayor percance al incrementar su edad, y aunque en las mujeres se puede presentar primero, no parece aumentar después de la sexta década.

Kraepelin enfatiza que entre un 15 y 50% de los pacientes que han presentado episodios de depresión tienden a no volverlo a presentar, sin embargo otros autores marcan que cuando los pacientes han tenido que ser internados a causa de un episodio de depresión es factible que presenten más episodios en años posteriores en su vida. Esto probaría que si el sujeto ha mostrado tres episodios depresivos se le diagnosticara como unipolar, sin poder mostrar que con el tiempo esto provoque un cambio de tipo bipolar mediante la aparición de conductas maniacas.

Si nos percatamos un poco acerca de lo encontrado en laboratorio referente al episodio depresivo, los neurotransmisores contienen noradrenalina, serotonina, acetilcolina dopamina y ácido gammaaminobutírico, lo cual se registran por medio de la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina, también a través de la actividad de los receptores plaquetarios; así en otras pruebas pudieron encontrar la ayuda del test de supresión con dexametasona o los potenciales evocados y el EEG.

Para muchos autores es factible el considerar la depresión como síntomas hipocondríacos; una depresión neurótica preexistente; trastorno distímico o una estructura de personalidad depresiva, ante la presencia de una depresión doble es factible desarrollar depresiones crónicas y resistentes al tratamiento.

Ya hablamos mencionado que dependerá de la cultura para poder tomar en cuenta la depresión, así en los países en desarrollo, los sujetos con depresión es factible que se lamenten de constantes dolores, indigestiones, insomnio, estreñimiento, pérdida de peso, disfunción sexual, así como falta de energía, en ocasiones pueden experimentar delirios paranoides, pero generalmente no presentan un estado de ánimo depresivo diferenciado o con sentimientos de culpa y rara vez se suicidan. Lo anterior hace suponer que los sentimientos de culpa que experimentan, están vinculados con la religión judeocristiana, influyendo de tal modo que pueda desembocar en una influencia patoplástica bajo la formulación de los síntomas depresivos.

Kaplan y Sadock (1992), nos proporcionan la siguiente información acerca del estudio de un psiquiatra: Un hombre en la India que presentaba constantes episodios depresivos no habla presentando ningún sentimiento de culpa hasta que decidió convertirse en

cristiano; por otra parte en la cultura Japonesa se puede observar un 40% de los estudiantes Varones de una Universidad presentaban el carácter depresivo. Entre los Amish, las mujeres no pueden manifestar ningún sintoma de enfermedad o de neurosis, debido a que el trabajo que desempeñan es similar al de los hombres.

La OMS. realizó un estudio, el cual aportó la siguiente información: De cuatro culturas, el 76% de dicha población presentaron rasgos depresivos como: tristeza, falta de disfrute, ansiedad, tensión, falta de energía, pérdida de interés, baja concentración e ideas de insuficiencia, encontrando el 60% de sujetos con ideación suicida, resultando menos frecuente en Tokio y Teherán, tanto el sentimiento de culpa como el autorreproche fue más caracterizado en Basilea (32%) y Montreal (68 y 58%), menos constante en Teherán (32%), siendo esta misma quien presenta síntomas en mayor cantidad (57%), con menos frecuencia en Basilea (32%) y Montreal (27%).

Fawcett y Zajacka (1989), Pudieron observar que la depresión atípica se puede definir bajo tres dimensiones básicas de los síntomas, la primera se tipifica en la reversión de los signos vegetativos; el segundo es dado por la combinación de depresión, ansiedad y pánico; la tercera bajo el curso crónico menos grave pero más variable. Entre los factores de riesgo para la evidencia sólida, se presume de anteriores episodios depresivos, se puede constatar que las personas que presentan el episodio depresivo a los 50 años o después de esa edad se corre el riesgo de volver a vivirlo y con mayor frecuencia cuando después de ser tratado con medicamento se decide abandonarlo (citado por Kaplan 1992).

Se ha podido estudiar que el empleo de medicamento para la hipertensión provoca depresión en algunos pacientes, sin embargo los inhibidores de monoaminooxidasa, que se usa para el tratamiento en los pacientes con tuberculosis, llegó a ser un eficaz antidepresivo para los pacientes con depresión.

Para Schildkraut (1970), los medicamentos antidepresivos son causantes del incremento de las aminas biógenas, y en cuanto a los que provocan la depresión aminoran la concentración de las aminas biógenas, esto resultó ser compatible frente a las alteraciones de dichas aminas, las cuales se producen por los antidepresivos tricíclicos, estimulantes y preparados eufóricos (cocaina y anfetamina). Para muchos pacientes depresivos se puede presentar un aumento de esteroides en la orina, y se da la fabricación de hidrocortisona; así el incremento de esteroides se denomina como factor fisiológico enlazado al síndrome depresivo (citado por Zajacka J. 1993).

Hurst y Cols comunicaron hace 31 años en un estudio realizado de las ondas electroencefalográficas denotando en los enfermos deprimidos un voltaje muy bajo comparado al registro que demostraron los pacientes normales (citado por Kisker 1984).

Kolb (1982), nos dice que el paciente depresivo puede despreciarse a sí mismo y experimentar una total falta de ánimo, se vuelve desconfiado y melancólico, cree tener sus raíces en la culpa inconsciente la cual se presenta ante las dificultades interpersonales, quizá en la ambivalencia y la hostilidad la cual es dirigida a personas de quien depende la propia seguridad; se puede observar que los impulsos hostiles que en un principio depositaba en otras personas se volcaba hacia el propio sujeto depresivo. Hill (1980), menciona que la depresión se distingue por la vulnerabilidad que se presenta ante circunstancias adversas, esto se caracteriza ante reacciones totalmente exageradas de factores desafortunados, dejando ver una conducta excesiva o deficiente (citado por Axelrod 1987).

Lo anterior denota que la depresión es asociada tanto a la morbilidad, a la mortalidad y costos sumamente importantes, esto ante gran cantidad de dinero disponible a fármacos que sean de mayor eficacia para el tratamiento del depresivo, esto a lo largo de 40 años provocado por numerosos pacientes tratados inadecuadamente. Se ha podido encontrar que por lo menos 15 millones de americanos padecen de los síntomas, ante los defectos del sistema de fármacos ha llegado a contribuir al desarrollo de distintas enfermedades relacionadas con la depresión, tal sería el caso de alteraciones en cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, alcoholismo y obesidad, esto último fue dado a conocer por una revisión de 5 años, hecha por Peter E. Stokes, M. D. (1993), donde también nos hablan que el suicidio forma parte del factor de riesgo en los pacientes depresivos, ya que se pudo comprobar el comportamiento suicida en estos pacientes, entre el 20% y el 40% de los pacientes con trastornos afectivos y el 15% de pacientes que presentaban depresión mayor logran cometer el suicidio; lo cual queda fuera de control pese a que el paciente reciba tratamiento farmacológico.

Para los teóricos de la corriente conductual la depresión es originada por la pérdida de reforzadores o desaparición de respuestas, (Yates 1972).

Para algunos psicoanalistas la personalidad con carácter depresivo se debe a la necesidad de constante seguridad, amor y admiración, lo que les hace ser sumamente dependientes de los demás ante la gratificación relacionada al narcisismo y el mantenimiento de la autoestima. Tanto las frustraciones como la necesidad de depender marcan una lesión en la autoestima, prosiguiendo la depresión. Por otro lado se considera el término depresión como la hostilidad internalizada ante la pérdida de un objeto amado el cual le resulto ambivalente o como reacción ante la separación de un objeto significativo.

Tanto Price (1970), como Calderón (1984), determinaron que lo principal para el diagnóstico de la depresión, se deberá tomar en cuenta el riesgo empírico y el componente genético. Entendiendo así el riesgo empírico como la posibilidad de que algún familiar del paciente depresivo curse por el mismo estado que el mismo, esto permite ver que si uno de los progenitores padece de estados

depresivos existe de un 10 a un 15% de probabilidad de padecerlo, el mismo porcentaje se correría si el del episodio fuese un hermano. Sin embargo cuando en dicha familia se presenta en ambos progenitores se corre el riesgo del 50% ; si por el contrario, los que padecieran el sintoma fuesen los abuelos o tios el riesgo sera de un 3 a 4% .

Bleichmar (1980), afirma que la depresión se incluye en el trastorno del humor o de la afectividad, describiendo a la tristeza como parte desencadenante del dolor psiquico, considerando la relación ante la pérdida de objeto y la imposibilidad de la realización de un deseo referente a su esencia; lo anterior le hace distinguir las siguientes formas de depresión:

- 1.- La Depresión por pérdida simple de objeto (duelo normal) = Esta forma es fácil de identificar ya que se debe a la muerte de un ser querido, surge entonces la pena por el objeto que ya no está.
- 2.- La Depresión narcisista = Esta es desencadenada al ver que el sujeto no puede lograr su ideal a la perfección del Yo.
- 3.- La Depresión culposa = Esta es implantada ante la agresión ejercida del sujeto hacia el objeto, que puede ser tanto en la realidad como en la fantasía, provocando sentimientos de inadecuación o maldad en el mismo sujeto.
- 4.- La Depresión mixta = La cual se debe a la presencia de dos o más de las formas antes mencionadas.

Morales (1988), determino que la depresión puede ser interpretada bajo diferentes formas, ya sea como síntomas, que presenta un carácter exclusivo; como síndrome, representado por tristeza; y como enfermedad, manifestándose como síndrome depresivo, caracterizado también como tristeza. También este hace mención a cinco estructuras nosológicas para su distinción:

- 1.- Se representa con tristeza, sensación de soledad, apatía y alteraciones de su estado de ánimo.
 - 2.- Presenta baja autoestima, autorreproches y autoinculpación.
 - 3.- Muestra actitudes de autocastigo, regresión, necesidad de escapar, esconderse o morir.
 - 4.- Se puede manifestar anorexia, insomnio, minimización de la libido.
 - 5.- Variación en sus actividades acostumbradas.
- (citado por AxelRod 1990).

Así Mendels (1977), puede definir la depresión como una experiencia universal, tal como la tristeza y la pena que constituyen una pauta en la humanidad; ahora ante la depresión patológica comenta que es abrumadora y desesperante, esta última se puede diferenciar de la tristeza debido a la intensificación, el tiempo de duración y la irrealización. Nos dice que existen siete factores los cuales influyen en tal estado, estos son:

- 1.- Los factores genéticos.
- 2.- La personalidad reprimida.

- 3.- Creencias infantiles específicas.
- 4.- La utilización de "no soy bueno" como efecto.
- 5.- Los factores de angustia, estrés, enfermedad.
- 6.- Demasiada frustración, así como el miedo al éxito.
- 7.- Ante una situación crucial puede mostrar tensión afectiva.

Podemos observar que la persona deprimida experimenta tristeza, ante cualquier actividad manifiesta cansancio, pérdida del sentido del humor, y pocos deseos de realizar cualquier actividad que en tiempos anteriores le llegaron a causar entusiasmo, estos estados de ánimo suelen ser menos frecuentes, pudiendo dispararse en poco tiempo, ante otras circunstancias puede hacerse presente con mayor frecuencia, ocasionando más intensidad, una vez que se vuelve grave se denomina como síndrome o síntoma.

En 1981 Seligman, aporta que la causa de la depresión es la indefensión aprendida, la cual se manifiesta por un estado psicológico ante la presencia de una situación de índole incontrolable (un acto el cual pese a lo que se realice no se podrá cambiar o detener). La etiología marca que este estado es producido por el aprendizaje de las respuestas y el reforzamiento es independiente, resultando que el sujeto con depresión no se cree capaz de controlar esos elementos de su vida que puedan aliviar el sufrimiento, respondiendo a las gratificaciones (citado por Ramírez 1988).

Así también Fenichel en 1945, definió a los depresivos como personas adictas al amor insistiendo en recibir una constancia de benevolencia y sin que esto provoque demasiada preocupación por la personalidad o las necesidades de quien la otorga de manera real. Haciendo la diferencia entre depresión neurótica y depresión psicótica; nos dice que en la depresión neurótica, el sujeto busca el amor de un objeto externo, incluso algunas personas intentan aplacar su Super-Yo, al igual que poseen una gran melancolía la cual se retrae al mundo objetal con la esperanza de verse gratificados del anhelo de amor de alguien quien posee la insaciable capacidad de dar; en cambio en la depresión psicótica se renuncia a todo objeto externo para realizar la busca incansable de una instancia interna. Así Fenichel marca de manera primordial la caída de la autoestima ante la depresión.

Ahora el Yo se encarga del equilibrio ante la función de la autoestima, de la discrepancia que hay entre lo real del sujeto y su Ideal del Yo al cual se ambiciona, siendo entonces que la autoestima es experimentada con disparidad.

Arieti (1978), nos dice que toda persona futura a ser depresiva, presenta no solo en el episodio clínico el sentimiento paranoide de ser observado por quien le rodea, sintiéndose el centro de atención los lleva a un comportamiento casi intachable, demostrando el espanto a la gratificación autónoma, ya que de lo contrario piensa que los demás lo verían como insustancial; sin duda la vivencia de estas personas en la infancia es de haberse topado con padres los cuales utilizaban a sus hijos para sobresalir en la sociedad ocasionando que el pequeño se sintiera el

centro de atención de toda la gente, presentando el mismo comportamiento con sus hijos, una vez hechos padres, pero una vez sometidos al tratamiento se puede ver claramente lo reprimido de su comportamiento mostrando sus deseos sexuales, antisociales y sociales de manera extrovertida.

Tanto Jacobson, Bibring y Sandler están de acuerdo en la regulación que denota la autoestima como elemento principal en la depresión, conceptualizando a la autoestima como elemento primario, el cual expresa la oposición de la personalidad real y el estado ideal. E. Jacobson (1954), postula que la mente desarrolla aquellas imágenes internalizadas del mismo individuo y otros sujetos, llegando a catectizarlas con cierto grado de energía libidinal, agresiva o neutralizada, lo cual indica que dicha catexis pueda determinar los sentimientos de la propia persona hacia sí mismo y para con los demás, de acuerdo a la forma de como recibió la energía de cada imagen (es importante no olvidar que la desvalorización que el sujeto haya tenido de pequeño es percibida como una carga de agresión de aquella representación objetal, así mismo es vivido como una frustración concatenada a una desvalorización del sí-mismo). Esta misma autora pero en el año de 1946, declara que los desengaños surgen de la creencia de la omnipotencia parental así como la desvalorización de las mismas figuras ocasionando un apareamiento de la desvalorización del sí mismo arrastrando a la depresión infantil primaria, y que con el tiempo se reactivara de acuerdo a cada frustración que se presente a lo largo de su vida adulta (citado por Papalia 1992).

Jacobson reitera que para las afecciones de los desórdenes afectivos las frustraciones provocan rabia en el mismo sujeto ocasionando la hostilidad y verse cercano a la satisfacción deseada, a pesar de dichos deseos el Yo se vuelve incompetente y la agresión se vuelca hacia sí mismo, lo cual es ocasionado por la baja autoestima, es por eso que el sujeto deprimido con fines defensivos trata de vincularse con algún objeto omnipotente (mania) o acudir a un nuevo objeto que pueda realentar los suministros que el mismo sujeto requiere de tipo libidinal y así pueda incrementar su autoestima.

Podemos observar que si el depresivo no logra encontrar un objeto de amor que le suministre de energía libidinal a su autoimagen, entonces se volcara hacia un objeto de amor poderoso pero que le resultara sádico, y con la esperanza de lograr si no el amor sí la fortaleza, a fin de cuentas esta última opción también fracasa, y al ver dichos resultados no tiene más remedio que terminar con toda relación del mundo externo, reactivando una imagen primitiva y poderosa del pasado, la cual se fusiona con el Super-yo, mientras que lo real de la personificación objetal desviada se enlaza al Sí-mismo logrando el retraimiento del mundo y la reconstrucción del objeto de amor en el Super-yo.

Bibring (1953), declara que la depresión es la correlación emocional de un estado yoico, considerando que la depresión es comparable a la ansiedad las cuales son experiencias primarias y no pasibles de más desmembramiento, al ver la depresión como

estado yoico primario acentúa no en la estructura interna del sujeto como desorden sino en aquellos factores externos ambientales que caracterizan las reacciones depresivas (citado por Estrada 1992).

Para Joffe (1965), en la depresión existe la pérdida de la integridad narcisista y no de un objeto específico; cuando existe la pérdida de un objeto de amor, lo que realmente se pierde es el bienestar que estaba implícito tanto en lo psicológico como en lo biológico. Tanto Sandler como Joffe piensan que en la depresión existe un bloqueo de la agresión. Al igual que estos dos autores Bibring comprende que la pérdida de la autoestima es dado bajo un concepto de intelecto y sumamente elaborado como para poder demostrar el carácter primario que es más factible en niños; sin embargo se puede entender a la depresión con aquella sensación de estar privado de un estado ideal, vehiculizado por una relación con otras personas, aunque no siempre (citado por Papalia 1992).

Bowlby (1968), dice que algunas personas que pueden responder ante la pérdida o amenaza, bajo la intensa preocupación y en grado excesivo por el bienestar de otras personas, en vez de experimentar tristeza y aceptar la ayuda de los demás se cubre en la mentira de aclarar que él no es quien se encuentra en dicha situación sino otros son los perjudicados e insiste en ser él quien brinde el apoyo, vemos pues que si este factor se implanta en la niñez o la adolescencia, es factible que pueda desarrollar relaciones afectivas de conformidad durante toda su vida, tiende a elegir a la persona que presente alguna desventaja y/o que demuestre alguna perturbación para luego configurarse como aquella persona que le brinde cuidados; si esta persona llegara a ser padre correrá el riesgo de volverse excesivamente posesivo y protector llegando a invertir la relación. De la misma manera para aquellas personas que ante alguna pérdida manifiesta en la vida adulta y caen en un duelo crónico, demostraron en tiempos pasados comportamientos compulsivos brindando cuidados en especial al cónyuge o a un hijo.

L. Grinberg (1983), es otro de los teóricos con miras de interés ante la depresión, nos refiere la importancia que tiene el hacer resaltar tanto la sublimación como la formación de símbolos, los cuales son imprescindibles ante la postura depresiva como el resultado de la ansiedad y conflictos resueltos de manera satisfactoria, es por eso que por entero existe un duelo el cual revive la renuncia del pecho. S. Freud también aportaba la sublimación como el resultado de la renuncia instintiva.

Las defensas maniacas fungen como protección al Yo del dolor y de la desesperación total, también entran en acción como factor perturbador ante la obtención del insight y en su elaboración; podemos encontrar que la organización de estas defensas abarca los mecanismos que estuvieron presentes en el momento de la posición esquizo-paranoide (de la que hablo M. Klein 1947): Negación, Disociación, idealización, omnipotencia, identificación proyectiva, etc. Asimismo podemos actuar según la constelación específica referente a la relación con los objetos, los cuales se

remarcan de acuerdo a la triada de sentimientos: Control, triunfo y desprecio. Frente al Control tenemos la negación a la dependencia del objeto; en el Triunfo vemos como puede negar el valor e importancia afectiva otorgada al objeto para evadir los sentimientos depresivos; y ante el desprecio nos muestra también la negación del valor a los objetos, sirviéndole como defensa contra la experiencia de pérdida y de culpa.

La mayoría de las personas que presentan duelo desfavorable son aquellas que antes de la pérdida se empeñaban en que eran totalmente independientes de todo lazo afectivo; por tanto ante un duelo patológico se deja entrever que esas personas durante su vida mantuvieron sus relaciones afectivas con ciertos rasgos especiales, como sería el caso de las personas que ante sus afectos se miran inseguros y ansiosos, como el cuidado compulsivo por las personas, todo lo anterior denota una gran ambivalencia ya sea de forma latente o manifiesta.

S. Freud (1914) planteó que la depresión se asociaba con la muerte de un ser querido, el sujeto ante la pérdida se siente enojado en un principio para con quien lo ha abandonado, es por eso que la depresión se relaciona con la pérdida aunque la pérdida se puede presentar de manera física (la muerte, el abandono o alguna separación forzosa), interviniendo los factores psicológicos (el ser rechazado, ignorado o abandonado por las personas amadas). Se ha podido demostrar que las personas depresivas han vivido durante sus primeros años pérdidas y separaciones de diferente índole; también se ha marcado que para este tipo de pacientes es una manera de autocastigo, manifestando falta de libertad, los sentimientos de culpa se han asociado a las acciones inaceptables.

Entre otras cosas podemos observar los diferentes resultados obtenidos en estudios con pacientes depresivos uno de los estudios sería el realizado por los psiquiatras Torres y Hernández del Instituto Mexicano de Psiquiatría al querer medir la depresión en un hospital de cardiología denominaron que tanto los síntomas como los síndromes depresivos son frecuentes en aquellos que se encuentran médicamente enfermos, prevaleciendo el reporte entre el 6 y el 36%. Dichos pacientes suelen pasar por desapercibido, siendo este el motivo por el cual no se ha podido implantar una estrategia adecuada para la terapia.

Durante los meses de julio a diciembre de 1987 se estudiaron a 96 sujetos hospitalizados en el Instituto Nacional de Cardiología, todos mayores a los 18 años, los cuales sabían tanto leer como escribir y con una previa información del protocolo. Los resultados arrojados fueron que ante los 96 sujetos el 59% correspondió al sexo femenino, la edad ($X \pm$ de) de las mujeres fue 43.8 \pm 17.3 años, mientras que la de los varones fue de 47.3 \pm 14.6 años, la mayoría de las personas eran casados (47% de las mujeres y 82% de los hombres) habían terminado por lo menos la enseñanza primaria (70% de las mujeres y 95% de los hombres). Los diagnósticos médicos más recurrentes eran de car-

diopatía reumática en el 35% de las mujeres y un 23% en los hombres; con lo referente a las cardiopatías isquémicas el 17% pertenecían las mujeres y un 36% a los hombres.

En lo referente al diagnóstico psiquiátrico al 30% de mujeres no se entrevistaron, en un 30% no presentaban alteración, el 12% demostró una reacción de ajuste de ánimo deprimido, el 10.5% manifestaba un trastorno distímico y el 8% presentaba una reacción de ajuste mixto (Depresión y ansiedad), por ende el 31.6% de las mujeres presentaron tanto signos y síntomas del síndrome depresivo. A diferencia de los hombres en quienes el 10% se les diagnosticó algún tipo de trastorno depresivo (uno con depresión mayor, tres con reacción de ajuste con ánimo depresivo). Todo lo anterior nos lleva a indagar más acerca de estas personas, por lo tanto es importante saber que hay de la personalidad depresiva lo que permite abrir nuevas puertas; Es por tal motivo que para algunos investigadores perciben al paciente deprimido como persona que puede aliarse con los trastornos afectivos, determinando que este tipo de pacientes (depresivos) presentan un mayor índice de neurosis, introversión y obsesión que aquellos enfermos maníacos o "normales".

De igual modo es factible ver que el sujeto con personalidad depresiva comparte algunos rasgos de la personalidad complaciente, manifestándose generalmente en sus relaciones interpersonales, pero en cambio ante el sujeto que presenta una depresión mayor se puede observar que prevalece la selectividad para entablar relaciones; es precisamente que la actitud apacible se presenta solo de forma exclusiva y no en su vida en general, considerando un grupo numeroso de estos pacientes, se presenta gran sentimiento de patriotismo, religiosidad y lealtad ya sea a su familia a algún partido político, en la mayoría de los casos estos pacientes prefieren incursionar en el ámbito militar o eclesiástico, ya que de manera más inconsciente que consciente eso representaría a los progenitores a quienes deberá calmar.

Bemporad (1970), nos dice que estos pacientes se sienten incapaces de otorgarse la gratificación, se puede observar que los atributos con la relación de los diferentes roles, como el dato de su dependencia no le permite establecer una relación profunda con otra persona; esto deja percibir que en su niñez el objeto significativo era su madre, siendo tolerable, pero ya de adulto ha dejado de serlo y busca ahora atentar con la estabilidad de ese objeto, que a la vez puede ser simbolizado por una institución, un partido, la iglesia, el ejército, un club, etc. viendo a la madre que primero dio y después despojo (citado por Axelrod 1990).

De tal modo nos dicen Riesman y Tellenbach (1974), que el futuro paciente deprimido ansia el orden, la pulcritud y regularidad, con gran exigencia para con él mismo, así el paciente pre-depresivo de esta índole puede llegar a superar unas de sus dificultades, e incluso puede canalizarlas, mostrándose creativo en ciertas áreas. Es capaz de emplear la mayoría de su energía para poder tranquilizar a los demás, también es factible que lo que

realiza le salga bien, encontrando gran sentido de convicción para vivir, por tal motivo se le puede considerar como persona que muestra adaptación y eficiencia (citado por Estrada 1992).

Es increíble la forma de no permitirse escuchar sus propios deseos, ignorando lo que significa ser él mismo, trabaja sin descanso y pese a todo, continúa sintiéndose inútil y vacío; al poder externar sus experiencias de desventura, pequeñez y fiasco, llega a malinterpretarlas ocasionándole remordimiento puesto que se siente culpable de las mismas. El sentir que es infeliz y que su vida no tiene sentido, de nadie es la culpa sólo de este o en dado caso es que no puede merecer más, construye un círculo decadente repitiendo cada vez en incremento durante toda su vida.

Por otra parte Cohen y colaboradores durante 1954 advierten que el paciente depresivo se subestima, sería como si su tarea fuera la de menospreciarse, reprochándose la actitud del por que el mismo se negara la posibilidad de dar marcha a sus habilidades y talento; por el contrario se vuelve más rígido, siendo que en tiempos pasados le servía como defensa, ha pasado a formar parte de la caparazón de su personalidad, es factible notar esta actitud de rigidez en su pensamiento mediante sus actos obsesivos-compulsivos.

Es por lo anterior que para poder sentirse independiente se verá obligado a desarrollar impecablemente su trabajo, pese a eso cuando se afianza a una persona trata de complacerle, seguirle y darle su aprobación, esto denota que el equilibrio que había mantenido hasta antes de encontrar a esa persona, era precario.

Ante la dependencia se observa mediante el apoyo a la madre o en dado caso a los sustitutos de esta, que en poco tiempo se descubrirá el trauma inicial sufrido en la infancia, de forma ostensible e incluso comportándose así con las personas que hacen patente su desajuste ante un examen superficial, podemos encontrar que estos sujetos nunca olvidaron el primer año de vida, esperando e incluso exigiendo que se perpetúe, por tal motivo esperan y reclaman ser gratificados por los demás, llegando a manifestar tristeza y despojo cuando no obtienen lo que esperan; por lo general son exigentes pero no agresivos, puesto que no intentan obtener lo que desean, más bien sigue en la espera de más gente. Motivo por el cual tratan de recurrir a un sin fin de actividades, siendo alguna de ellas el detonante para ser reconocido ante los demás.

El darse cuenta de que algunos pacientes psicóticos con manía-melancolía, que ante la manía el sujeto manifiesta una actitud vivaz, activo y cordial pero ante la revisión minuciosa denota que el bienestar y el vigor que marca es de índole superficial, siendo que el paciente lo que busca es encontrar un escape en el mundo real y de sus actividades, continuando con su insatisfacción y vacío. Si llegase a encontrar otro trabajo que le exija mayor actividad que concentración se desempeñara de manera casi perfecta, pero si resultara adverso demostraría de forma casi inmediata su dificultad; por otra parte también expresa contar

con una gran cantidad de amigos y aparenta en sus relaciones interpersonales como cálidas y sinceras, pero en la realidad esas amistades son superficiales, y carecen de autentico afinidad y calidad de personas afectivas.

Uno de los puntos esenciales que remarca la depresión es la tristeza como fenómeno humano, definiendo como punto especial el Dolor, el cual no es específico sino más bien mental, esta palabra (dolor) puede abarcar desde lo físico como lo mental, podremos enumerar siete situaciones las cuales son capaces de entristecer a la persona sin ninguna alteración:

- 1.- Enterarse de la muerte repentina de un ser querido, quedando en un estado de duelo y dolor.
- 2.- Alguno de los hijos ha sido reprobado en un examen.
- 3.- La mujer que durante años se había mostrado fiel declara sin temor que ya no ama a su pareja.
- 4.- El puesto que durante años realizo con aliento y gratitud, siendo motivo de placer y gratificación le acaba de ser sustituido por otro.
- 5.- La persona es ridiculizada por su jefe en frente de todos los compañeros de trabajo.
- 6.- Ser víctima de una injusticia.
- 7.- Se le advierte que la buena posición que durante años mantuvo se ve en peligro y tiene que cambiar de rumbo luego de haber malgastado tiempo y energía.

Ante lo que ya se sabe con respecto al depresivo se podría tener la duda acerca de que si existe alguna persona que pueda padecer al mismo tiempo una ligera tristeza hasta llegar al abatimiento, la angustia, la desdicha y el pesar profundo. Bien sin ir muy lejos se puede observar en los siete puntos antes mencionados que la pérdida ya esta implantada, por consiguiente el daño ya no tiene reparación y de esa forma se puede manifestar la tristeza y no ansiedad; sin duda antes tuvo que haber vivido una situación que le provocara ese tipo de reacción, y evaluando sólo los datos negativos que se presenten en un futuro.

Sin embargo para muchos autores tanto la depresión como la tristeza son desencadenadas por la baja suministración de la norepinefrina en algunos sectores del sistema nervioso central. Ante el control que tiene la psiquiatría de los trastornos de ánimo se puede marcar que la tristeza no se resuelve y si se vuelve la desgracia mas penetrante que se designa depresión; por consiguiente tanto la culpa y la desvalorización se encuentran atados a la pena.

Y bien se puede observar que la tristeza puede ser análoga al duelo, ya que en el segundo se presenta en primer lugar la tristeza, el retardo y por último el periodo de reparación. Sin excluir la alternativa de algunas alteraciones biológicas las cuales pueden llegar a entorpecer el curso psicológico de reedificación; sin poner en duda que la depresión puede ser una combinación de los factores psicológicos, biológicos y sociales, sin embargo la mayoría de las personas que se deprimen sin tener

algún antecedente o factor externo entonces indudablemente se determina que existe una deficiencia de el mecanismo neurológico o biológico. Pero también es claro ver que la misma naturaleza nos introduce a saber reaccionar a las circunstancias biológicas, también de forma psicológica.

En un estudio realizado acerca de la problemática de las dependencias y el concepto de la depresión anaclítica, llevado a cabo por Rossi en 1990, nos muestra que ante la forma de factores hipocondriacos o neurasténicos, de aspecto caracterial, hasta el alcoholismo o la dependencia a un gran número de sustancias y que tienen en común el requisito de sostenerse en el objeto de amor, de la presencia constante de la presión somática, en el sentido más arcaico, y bajo el cual en el instante de separación no se pudo elaborar, así tampoco cabe la posibilidad de construir el objeto interno como la autocontención mental.

Se entendería que la dependencia presenta una situación profunda y bastante detallada, esta no es precisamente una enfermedad psíquica, más bien un trastorno regresivo con necesidades no evolutivas; en cuanto al mundo de la patología depresiva es una cabeza que mira hacia atrás, ante lo que no se encuentra dispuesto a permitir ninguna pérdida o alejamiento, que puede existir en la posición nosológica; es por eso que se puede encontrar más allá de la patología, elemento común al hombre, así la dependencia (droga, alcohol, tabaco, instituciones) reitera de forma incansable la nostalgia infantil.

La nostalgia y la conformidad al mundo de la satisfacción oral resulta ser el afán de huir de la perturbación, vivencias como amenazas, que todo trauma narcisista eventual vive la persona; de soledad la cual evita los estímulos que tanto la evolución y la progresión ocasionan el equilibrio narcisista; es por eso que surgen las malas amistades, los engañosos comportamientos joviales y de compañerismo, la inconcebible socialización que presentan algunas personas de manera ostentosa y que no es más que la defensa de tipo maniaco. El encontrar que el trastorno del equilibrio narcisista presenta tres sinónimos: La Depresión; La Disfunción psicosomática; y La Dependencia, nos muestra que el rostro ha vuelto hacia atrás, por tanto la nostalgia se vuelve indispensable para el sujeto y poder desarrollar el proceso analítico al filo de lo que significa el entonces y el ahora; es por eso que las nostalgias de forma intensa, exclusiva, y ligada a las angustias arcaicas de pérdidas excedentes e intolerable es lo que le hace ponerse al servicio del estático narcisista, demostrando la clara resistencia insuperable para la curación.

Así entonces la vivencia depresiva se desgasta ante el terror de una pérdida y el proceso de interiorización que logre, tratando de sustituir en lo real el objeto primario ante un nuevo objeto, mediante la simbolización que permitiría con el tiempo que el objeto pueda ser definido y protegido.

Hay que tomar en cuenta que la corriente psicoanalítica, y más específica la escuela británica denominaron que ante la presencia de fantasías inconscientes de manera compleja se forman gran participación de la vida interna del sujeto, siendo elaboradas en el sistema cognitivo. Y aunque ha sido casi ignorado, lo común de las fantasías se pueden percibir como una simple fuerza que puede afectar el comportamiento de manera muy análoga a los instintos biológicos.

Resulta claro ver que el inconsciente es todo cúmulo de experiencias pasadas las cuales van modificándose y evolucionando tras nuevas experiencias, pese a eso ante algunas experiencias adquiridas en la infancia no es permisible el cambio, resistiéndose a la influencia de nuevas experiencias, es común que el sujeto distorsione aquellas experiencias las cuales le ayudarían a modificar esa estructura cognitiva de los primeros años infantiles. Sin duda podemos ver que el futuro depresivo se ha visto rodeado de un ambiente lleno de errores y prejuicios, lo que le llevo a crear un mundo lleno de distorsiones para una futura acción de ser adulto, precisamente es que el depresivo mantiene una forma patológica para entablar sus experiencias sin advertir que la información actual adquirida la esta colocando en aquellas experiencias pasadas.

Sin duda el paciente depresivo puede darse cuenta de manera imprecisa de sus ideas y de la de los demás, sin poder explicar de modo categórico el plano de conciencia y al mismo tiempo reprime y se manifiesta contra estas, empleando ideas llenas de fantasías; el problema del depresivo se podría entender mediante la interminable distorsión de sus procesamientos cognitivos de sus experiencias. Hablar de la autodevaluación, no es decir que es una capacidad sumamente interna, pero a la vez queda librada al antojo de agentes externos, sin embargo nos damos cuenta que de acuerdo a la experiencia de los factores externos se conserva la autodevaluación lo que hace que el sujeto se vea susceptible a constantes episodios de depresión; y utiliza a las personas para así medir su propia valía.

Abraham (1924), denota que la presencia del Super-Yo en la persona depresiva que tiende a autocastigarse, le importa lo mismo si el deseo se puede convertir en realidad o que simplemente quede como deseo a la hora del reproche; la manifestación reiterada de la ambivalencia infantil se desenvuelve junto con aquello que se ama pero que más adelante opta por la destrucción de ese objeto amado, en vez de perderlo.

M. Klein (1962), afirma que la postura del depresivo, obtiene su base inicial en la etapa oral del desarrollo, una fase donde el bebe ya puede reconocer un objeto total y la relación con dicho objeto, donde la madre puede representar lo bueno y lo malo, así recordamos la posición esquizo-paranoide por la que también cursa el infante, por ese motivo es que también se puede presentar el amor y el odio identificando que proviene de la madre como fuente de satisfacción. Esto le provoca al infante una nueva perspecti-

va, reconociendo a la madre como un objeto total, con vida propia y con sus propias relaciones, convirtiéndose el Yo del bebé como objeto total.

Apareciendo la posición depresiva, mediante la ambivalencia, siendo esta la fuente de la ansiedad, dicha ansiedad se debe a los impulsos destructivos, los cuales destruyen o llegan a destruir al objeto amado, del cual depende totalmente. Queda claro que la posición depresiva da la posibilidad de acercarse tanto al ideal y al objeto persecutorio permitiendo la integración del Super-Yo, percibiéndole como objeto interno total el cual ama con sentimientos de ambivalencia; ante los ataques de destrucción a dicho objeto provoca en el sujeto autorreproches y sentimientos de culpa, vivenciando entonces el Super-Yo como severo y persecutorio de acuerdo a la forma de como va asentando la relación del objeto total, el Super-yo aminora ante algunas de sus características maliciosas, prefiriendo el acercamiento a la imagen de padres buenos y amados.

Por tanto Klein, Abraham y S. Freud, coinciden en que la melancolía hoy llamada depresión resulta de la pérdida real o fantaseada del objeto amado, dicha pérdida provoca la instalación del objeto dentro del Yo, más debido al exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, la introyección se malogra y el sujeto obtiene la enfermedad; la fantasía de que el objeto amado puede conservarse a salvo dentro del sujeto, así los peligros internos son proyectados en el mundo externo, es otro de los factores que favorecen el mecanismo de introyección, obteniendo una gran ansiedad, por los peligros que puede representar al objeto introyectado. Pueden venir a la mente recuerdos que realmente le causen horrores afligidos por los padres brutales, llegando a una verdad distorsionada y exagerada de acuerdo a los años de reelaboración psíquica.

Otro de los aspectos de la personalidad del depresivo resulta ser el temor a la gratificación autónoma, el depresivo elude toda labor que le permita acceder al placer o significado por sí mismo, calificándose como infantil, censurando de ese modo la ocupación que durante su infancia pudo haber obstaculizado el resultado de la meta que sus figuras parentales habían determinado referente a él; dicha autoinhibición cobra realce ya que determina una forma de vivir de tipo estéril y ascético, lo que también da pie a la depresión.

Generalmente pasa que el depresivo se aferra al patrón de autonegación y dependencia hasta obtener la frustración o una pérdida pasajera. S. Rado (1928), encontró que antes de hacerse presente el episodio depresivo, el sujeto cruza por un estado de rebeldía y arrogancia encarnizada (citado por Estrada 1992).

Indudablemente la muerte implica para el depresivo conmoción, tristeza, ocasionando la congoja, duelo o pesar; ya se explicó que el sujeto no se hace a la idea de que ha perdido al ser querido, puesto que esa persona significaba todo para él, es factible y dado que la mayoría de sus acciones y pensamientos se

encuentran ligados a esa persona de manera inconsciente o consciente, provoquen reacciones de dolor, es viable que la persona encuentre el objeto perdido ante las personas de extraño parecido con aquel objeto que con el tiempo se va dando la aceptación de dicha pérdida.

Cuando la persona tiene la facilidad de introyección, vera que nuevos pensamientos han sido implantados de aquellos con los que antes asociaba a la persona perdida, reconoce que la persona finada no era única en todos los aspectos y por tanto puede ser reemplazada por otra; entendiéndole mejor el mérito no se le da al tiempo como muchas de las personas lo hacen sentir, sino el reajuste de ideas, ese proceso puede implicar un periodo considerablemente prolongado; ante la elaboración de duelo la tristeza termina en cuanto el sujeto acepta que una o más alternativas propuestas de las personas que le rodean puede obtener cambio en sus actitudes mentales y motoras.

A. Szalita (1974), declara que cuando el individuo sufre de alguna pérdida de una persona querida, tendrá que pasar por el periodo de duelo, hasta una vez recuperada la energía que había catactizado al objeto perdido; esto es que la reconciliación con la pérdida sirve para reorganizar su carga de energía experimentando mayor vitalidad que antes, lo que también le servirá para ver con objetividad sus futuras frustraciones, rechazos amorosos, divorcios, abandonos, etc. En todo lo dicho por este autor habrá que reconocer tres pautas características del duelo: Identificación total con la persona muerta; Escisión de la persona muerta; y Reconsideración meticulosa del vinculo (citado por Ramirez 1988).

Ante la persona que ha sufrido una pérdida física, mantiene sentimientos de culpabilidad puesto que él si pudo sobrevivir a la persona finada, pero no fue factible impedir dicha muerte o por haber deseado su muerte, aunque ese deseo halla sido de manera inconsciente, la tristeza sirve para expiar la culpa.

S. Freud (1916), señalo la diferencia entre lo que es la Depresión y el Duelo, puesto que radica en la localización de la pérdida, empezaremos por decir que el Duelo provoca en la persona que lo esta padeciendo, una reacción ante la pérdida de una persona amada o alguna forma representativa como seria el caso de la escuela, o la nacionalidad, un ideal, etc. esto hace que muchas personas denoten melancolia en lugar de duelo; es importante saber que el duelo conlleva serias desviaciones de la conducta normal, resultando la inhibición del interés por el mundo exterior, disminución de la capacidad de amar, anulación de toda productividad, baja labilidad emocional, una mínima capacidad para seleccionar una vez más aquel objeto de amor, encontrando la solución en el llanto; entendiendo el egocentrismo del Yo y su inhibición ante la existencia de la entrega incondicional del duelo, lo que no permite otros propósitos e intereses, en virtud de no poderlo entender como patología es por que resulta entendible y explicable dicho duelo.

Podemos entenderlo mejor si sabemos que la libido en el proceso de duelo, tendrá que reprimirse y aunque no es de total satisfacción esa represión, pese a que el nuevo objeto de amor este por entrar, es posible que la represión ocasione una extravagante realidad, así como la detención de aquel objeto en trayecto a la psicosis alucinatoria del deseo; una vez que el duelo ha cumplido con su tarea el Yo se mostrara libre y desinhibido (quizá aquel objeto no se encuentre muerto, sin embargo ha desaparecido como objeto de amor), por tanto la persona que entiende el por que de la pérdida, no quedara nada en el inconsciente.

Es factible que ante la existencia de la colocación de la neurosis obsesiva el desacuerdo de la ambivalencia de crédito al duelo y sentimiento de ser culpable de la pérdida, ante este perfil del obsesivo es común el retiro regresivo de la libido. Ante lo que se ha dicho del duelo es viable la manera en que se puede regenerar el estado de la libido, al acabar dentro del inconsciente la fijación de la libido en el objeto desvalorizado y victimándolo es que el coraje se alivia, y se resigna la persona por la carencia de valor.

Así también podemos contemplar que ante la Melancolía, Freud opina, esta es peculiar de acuerdo a la incomodidad profunda y de dolor, ante la rescisión del interés por el mundo exterior, pérdida en la capacidad de amar, etc, como en el duelo a excepción de la perturbación del sentimiento de sí; esto es que ante la melancolía el objeto perdido es extraído de la conciencia, tomando en cuenta a quién perdió y no lo que perdió en él esto de manera inconsciente; la pérdida desconocida se acata al trabajo interno análogo y responsable de la inhibición que le tipifica, apareciendo como algo misterioso ya que no se puede percibir tan fácil lo que esta atacando en realidad la enfermedad del sujeto, es por eso que el melancólico refleja una minoría Yoica, implicando el empobrecimiento del mismo o vacío del Yo.

Podemos observar que el melancólico puede definir su Yo como de lo más indigno, estéril, moralmente despreciable, haciéndose reproches, se denigra, esperando repulsión y castigo por parte de las personas que le rodean, de tal modo se ve en la necesidad de humillarse ante esas personas, sintiendo compasión de esas personas que le rodean, ya que tienen lazos con una persona tan indigna; sin juzgar la alteración que le ha abrumado extendiendo su autocrítica al pasado, afirmando que nunca fue mejor; ante el cuadro moral este tipo de sujetos suele mostrar insomnio, rechazo al alimento, desfallecimiento; verdaderamente toda falta de interés, la incapacidad de amor y de trabajo lo que manifiesta es el resultado interior que devora a su Yo, lo que no sucede con el duelo.

Lo elemental de la melancolía es que describe de manera exacta la situación psicológica por la cual cursa, perdiendo el respeto de él mismo teniendo en sus manos todas las razones para esa pérdida, indudablemente el quebranto físico, fealdad, debilidad, e inferioridad social, no suele ser la manera de presentarse en el sujeto, salvo el empobrecimiento, ocupando el privilegio de sus

temores y/o aseveraciones; esto nos puede demostrar una gran fijación en el objeto de amor así como una contradicción a ello, esta contradicción para O. Rank refleja una demanda de la posibilidad que el objeto halla cubierto con la base narcisista, de tal modo que la investidura pueda regresar al narcisismo, al presentarse una frustración; obviamente que el sustituto del objeto de amor es mediante el mecanismo de dichas afecciones del narcisismo.

Vemos como el melancólico toma prestado aquellas fases del duelo, como la elección narcisista del objeto; encontrando en el melancólico que su Yo puede darse muerte, siempre y cuando la investidura del objeto pueda ser tratado como objeto, permitiendo en vez de caer toda la agresión en el sujeto puede depositario en el mundo externo, sin duda lo más característico de la melancolia es la vuelta al revés en la manía, presentando síntomas opuestos aunque no siempre sea de igual manera. Otra de las características más acentuadas es el insomnio, viéndose privado del recogimiento general de las investiduras que el dormir requiere, incluso se prende de investiduras por todas partes, procediendo según algo indudable, el alivio que puede experimentar el melancólico por las tardes.

Sin poner en tela de juicio podemos aceptar que la ambivalencia constitucional pertenece a lo reprimido, siendo que las experiencias traumáticas con el objeto pudieron dar entrada a otro material ya reprimido, vemos como va saliendo todo de la conciencia hasta hacer su aparición la melancolia, se presenta la coronación de la libido para finalmente abandonar al objeto, solo para reintegrarse al sitio del Yo que sentía había perdido; frente a la regresión de la libido, se puede presentar de manera consciente el conflicto entre una parte del Yo y la instancia crítica. El conflicto que se presenta en el adentro del Yo, es visto como intercambio de la lucha por el objeto, mostrándose como la herida dolorosa que reclama toda contrainvestidura de forma extensa y suprema.

Calderón (1984), al respecto aporta que durante el duelo la persona "sana" experimenta desesperación, depresión y adaptación: La desesperación pone al sujeto en un estado emocional de conmoción, con pérdida del apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y descompensación de las enfermedades preexistentes e incluso puede no aceptar que la persona ya no existe; así el periodo de Depresión conlleva a la tristeza, desinterés, baja capacidad de amor, inhibición en el área psicomotriz.

En resumen podremos agregar que tanto la melancolia como el duelo presentan similitudes tales como: la sensación de abatimiento por una pérdida, falta de interés en el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar, así como el decremento en las actividades de la persona, sin embargo en el melancólico la vaga idea de la pérdida le ocasiona dificultad para reconocer la situación que esta viviendo; Freud (1916) nos dice que el próximo melancólico pudo establecer una fuerte relación objetal, ocasionando el decaimiento el desengaño por parte de la persona amada, así la

ruptura va unida al retiro de la carga libidinal, esa carga libidinal no pudo encontrar otro objeto, lo que se puede presumir que es carga de la vinculación narcisista; la libido por lo visto se retrajo hacia el Yo, quedando la libido absorbida de aquella identificación del Yo con el objeto abandonado. Las pérdidas posteriores darán inicio a la pérdida original, provocando que la furia que experimenta el paciente sea descargada en aquel objeto que produjo la decepción original, lo que ha quedado como parte del propio Yo del sujeto, sin olvidar la presencia del sadismo nos podemos percatar que este puede hacer su aparición en los casos extremos, cuando el sujeto puede realizar el suicidio con la finalidad de acabar para siempre con aquella persona la cual ha permanecido como imagen interna del objeto.

Así también una vez apagada la furia, y si abandona por completo la imagen objetal, podrá darse un gran suspiro al ver que la enfermedad pasa, hasta hacer su aparición una nueva pérdida. Sandor Rado (1978), nos comenta que antes de dar inicio al episodio depresivo el sujeto suele cursar por un periodo de rebeldía y arrogancia encarnizada (citado por Ramirez 1988).

11. 3 A QUE EDAD SE PRESENTA LA DEPRESION

La depresión no es un misterioso visitante enviado por los dioses o demonios como anteriormente se pensaba, es más bien un trastorno afectivo (una enfermedad como lo podría ser una afección renal, cardíaca, respiratoria etc.), el cual se presenta de forma aguda o episódica, abarcando tanto lo psíquico (el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la angustia o la agitación), lo somático (la pérdida del apetito, baja de peso, perturbación del sueño entre otras) y lo conductual (fijación de la atención, vivencias dolorosas, transformación negativa de la autoimagen) como la exagerada autocrítica y autodevaluación.

Para las enfermedades no existe condición social, intelectual o física, en la depresión se puede observar que se manifiesta tanto en amas de casa, choferes, vendedores, estudiantes, albañiles, actrices o políticos entre muchos, al igual no se toma en cuenta la madurez o el equilibrio, en neuróticos y en niños, adolescentes y ancianos, la tristeza que puede invadir a la persona puede ser la esencia de la depresión.

La depresión puede enmascararse de tal modo que puede presentar cambios conductuales originando problemas conyugales, laborales, alcoholismo, drogadicción y propensión a sufrir accidentes, esto puede ser una forma de encubrimiento en el adolescente. Todas las enfermedades psicológicas son creencias, intentos del ser humano de echar anclas en una madre, desgraciadamente esa madre ancla muchas veces se funda en la distorsión derivada de la estructura cognitiva.

Actualmente se podría deducir que la depresión es el resultado de determinadas fuerzas biológicas y sociales, que mediante un complejo actúa de forma nociva sobre el funcionamiento del sistema nervioso de la persona, llegando a cambiar de forma negativa el carácter de la misma; así también la persona puede ser en sí la substancia de la depresión.

Cammer (1985), nos dice que la depresión generalmente va acompañada de manifestaciones orgánicas, que en su mayoría son de tipo funcional; de ese modo se puede topar con personas que sufran de dolor de huesos, articulaciones, náuseas, mareos, dolores de estómago, sensación de presión en la cabeza u otros síntomas físicos, pese a lo anterior no se pueden determinar con un diagnóstico seguro mediante el examen físico, pero algo no funciona y los rayos X no lo pueden detectar, implicando que la depresión puede somatizar una alteración nerviosa funcional. Este mismo autor abarca tres sentimientos frente a la depresión: Ansiedad, Temor e ira.

La manifestación de forma sana se puede establecer en la Ansiedad.- con impulso para toma de decisiones, el actuar de forma constructiva, puede llevar trabajo a casa, tratando de ser más competente y eficaz, se puede observar que de esta forma le ayuda al sujeto a mantener su empleo; sin embargo el manifestarla de

forma negativa llega al desasosiego y ataques de pánico, de esta manera la persona se encuentra la mayor parte del tiempo percibiendo lo peor y el menor estímulo le hace sentir inquieto y excitable.

De igual manera el punto de vista sano ante el temor sería el trabajo a favor, obligando a retroceder hasta una vez pasado el peligro, el temor también puede evitar que el sujeto actúe de manera impulsiva ante situaciones para las cuales éste no se sienta aún maduro, pudiendo ganar tiempo hasta obtener experiencia; ante la actitud desfavorable evade el contacto con el grupo de personas, manifiesta temor al fracaso "debería dejar mi trabajo antes que me despidan".

Ante la ira desde el punto más favorable el individuo lucha por su seguridad y sus derechos, de esta manera vivifica sus sentidos para lograr sus deseos; por el contrario podemos encontrar una furia excesiva por encontrarse enfermo, prefiere herirse y golpearse, con actitudes de sarcasmo irritabilidad, culpa a los demás por encontrarse en esas condiciones, llegando a atacarles físicamente. Por tal motivo el depresivo no es que se vuelva loco pero el temor de volverse, puede ser en sí un síntoma depresivo.

Tenemos que aclarar que la depresión puede manifestarse en la infancia, el infante puede ser predispuesto a la enfermedad, dicha predisposición puede experimentarse como gran labilidad afectiva o impulsividad, acompañado de un ambiente familiar suficientemente patológico, al igual que un trauma desencadenante y en otras ocasiones puede ser causa de alguna enfermedad clásica, lo cual deberá probarse con la existencia de estudios comparativos entre niños provenientes de familia muy alteradas, criados por padres naturales y niños de iguales antecedentes familiares, que sin embargo han sido adoptados desde pequeños por padres "normales" los cuales se encuentran libres de alguna influencia de los trastornos cíclicos de sus padres naturales.

Erikson (1968), da a conocer que la identidad como estructura sujeta a varias crisis a lo largo de la vida, viendo que para su desarrollo se requiere de la interacción humana, por tanto la identidad surge como compilación del desarrollo gradual siendo integrado y producto de la síntesis y re síntesis del Yo (los factores constitucionales, las necesidades libidinales, las capacidades, identificaciones significativas, defensas afectivas, sublimaciones exitosas y roles congruentes).

También podemos encontrar que la identidad juega un papel importantísimo, y ante esa identidad y su crisis dependerán los factores psico-biológicos, asegurando así la base somática de manera coherente de un organismo.

Erikson (1963), enmarca nueve periodos y cualidades Yoicas:

PERIODO	/	CUALIDAD YOICA
Oral - Sensorial	/	Confianza vs Desconfianza básica
Anal - Muscular	/	Autonomía vs Vergüenza y Duda
Locomotor - Genital	/	Iniciativa vs Culpa
Latencia	/	Industria vs Inferioridad
PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	/	IDENTIDAD vs CONFUSION DE ROL
Adulter Joven	/	Intimidad vs Aislamiento
Adulter	/	Generatividad vs Estancamiento
Madurez	/	Inseguridad del Yo vs Desesperación
Vejez	/	Autocrítica vs Imbecilidad.

Así la Pubertad y la Adolescencia constituyen un periodo donde se da la búsqueda de un sentimiento nuevo, dando por resultado una nueva forma de liberar muchas de las batallas de los años en su infancia, obteniendo la integración se podrá ocasionar una identidad Yoica más compleja. Para algunos autores la descripción de la depresión de los adultos no es la misma de la depresión de los adolescentes; por tal motivo Kapla en 1973 dice que la depresión en los adolescentes es vista con mayor matiz ante el aburrimiento y la inquietud, la pérdida rápida del interés por las cosas, contradictoriamente la búsqueda de estimulación constante, fatiga y hastio, dificultad para concentrarse en los estudios y bajo rendimiento escolar, así como evasión de sus problemas.

Por otra parte Campillo (1988), denota que cuando el adolescente se encuentra deprimido rara vez verbaliza, más bien lo denota bajo la conducta, por sus crisis y que a la vez resalta por el gran índice de suicidios que se publican en dicha etapa, incluso se dice que se presentan 3 suicidios de adolescentes por 1 adulto (citado por Stokes). Aunque el suicidio no es el tema principal de este trabajo, es importante nombrarlo ya que sería la consecuencia del trastorno depresivo mayor y que en la actualidad se han remarcado en la mayoría de la población (en especial Adolescentes y Adultos). Por ese motivo se pudo demostrar (Magnuson 1989), que es factible el contagio de depresión entre jóvenes llegando a enmarcarla como enfermedad severa.

Gold (1989), nos dice que la frecuencia de suicidios entre los adolescentes ha ascendido a más del 50%, a partir de 1950. Diversos estudios denotan que el suicidio puede tener lugar en el

filo de cualquier trastorno psiquiátrico, donde más del 90% de los suicidios en general se asocian a algunas enfermedades psicóticas, en un 5 a 7% el suicidio es de índole normal o racional, en un 50% todos los suicidios son realizados por pacientes depresivos. El grado de mayor riesgo para el suicidio de pacientes depresivos son los próximos a la recuperación y durante los dos años posteriores a un intento de suicidio.

Es interesante saber que la mayoría de los que intentan y realizan el acto suicida expresan Gritos de Ayuda, encontrando mayor población en pacientes del sexo femenino y adolescentes que realizan más intentos, por otra parte los varones y en los ancianos consuman el suicidio en un número mayor de veces, además uno de cada tres personas que intentan el acto suicida han tenido intentos con anterioridad.

Se ha descrito que los síntomas en el adolescente se presentan con el aislamiento social y la actuación impulsiva siendo estas características de la depresión adulta; sin embargo ante el desprendimiento emocional de los padres, como la falta de verdaderos roles autónomos y satisfactorios pueden ser catastróficos en el adolescente provocando sin dificultad la depresión.

Jacobson (1961), asume que la labilidad emocional expresa la remodelación de la estructura psíquica del individuo, resultando grandes cambios biológicos, sociales y psicológicos, por tal motivo percibe a la adolescencia como etapa durante la cual el chico deberá quebrantar los lazos con el pasado, incluso aquellas figuras adultas; al mostrarse la depresión en el adolescente bajo diversos motivos renunciar a vínculos objetales infantiles, sin consecuencia ante los ideales irrealistas o pudiera ser la presencia de conflictos provenientes de sentimientos de culpa (citado por AxelRod 1990).

Es factible que ante nuestra sociedad el adolescente se encuentre tensionado debido a lo relacionado con el tema de lo sexual, la limitación de su libertad, las exigencias sociales y académicas, la identificación de su rol ante la sociedad, todo ello permite suponer que este joven pueda manifestar algún tipo de desorden o trastorno; ante la depresión y desesperación que muchos jóvenes pueden demostrar, al igual que la alarmante actividad autodestructiva es que se hacen sospechosos de algo maligno incluso de algo esquizofrénico. Sabemos que la mayoría de los pensamientos del adolescente es representada por algo inapelable, también es factible observar que en esta etapa puedan ser sus manifestaciones tanto de modo breve como intensivo, debe aclararse que pese a las condiciones ambientales mejoren su mal, el cual se puede hacer crónico; sin duda los jóvenes que presenten síntomas depresivos análogos al del adulto, no dejan de ser particularmente de esa edad.

Eason (1977), pudo exponer las defensas que acostumbra presentar los adolescentes al ser víctimas de la depresión, señalando que es común encontrar chicos que ante el autodesprecio reaccionan con rebeldía, consumo de drogas o actos agresivos; es así que

ante la depresión surgida por las frustraciones ante la dependencia, se obtenga agitación, ansiedad o una desesperación por suplantar a los padres perdidos con nuevas figuras que le proporcionen gratificación, ocasionando que el chico se integre a bandas de delinquentes o apunte a relaciones sexuales indiscriminadas. A esta edad no es factible hacer omisión del suicidio ya que entre los 15 y 18 años se presenta con mayor frecuencia, aclarando Seiden (1968), que a estas edades el 90% corresponde a las mujeres (citado por Axelrod 1987).

Sin olvidar que aunque las mujeres son las que presentan mayor incidencia en los intentos de suicidio, son los hombres quienes se implantan en las estadísticas y que llegan a la muerte; encontrando como principal característica el aislamiento social del joven, en cambio si esa persona pudiera encontrar ayuda o la forma de descargar su agresión, el suicidio no tendría la oportunidad de apoderarse de los pensamientos del adolescente. El poder realizar el suicidio, ante la desesperanza de sobrevivir y enviando mensajes de ayuda se manifiestan dos peligros evidentes: En primer lugar se encuentra una situación inesperada donde la adolescente no se imagina el tipo de respuesta que obtendría ante determinado estímulo (como sería la adicción a las drogas), la cual puede ser la causa accidental de muerte del adolescente. En segundo se puede observar que ante la intensa lucha de este adolescente por llamar la atención y darse cuenta que no consiguió lo que esperaba, entonces la persona opta por realizar el acto, convenciendo de que a nadie le interesa.

En otras circunstancias es permisible que el adolescente se rebela ante lo estipulado por las figuras parentales, siendo él mismo quien resulte herido; ante el deseo de que los padres sufran por el daño que se causo, y tratando de dañarlos se daña a sí mismo. Es muy visto que algunos adolescentes se hayan mostrado sumamente sobreprotegidos durante la infancia, impidiéndole lograr su destreza autónoma en todos los aspectos, puesto que el único deseo era el de dar placer a su progenitor dominante. En tanto que esta etapa de su vida (adolescencia) es para el individuo una prueba ante el contexto social de su vida, lo que marcaría el final de la niñez.

En 1994 el Instituto Mexicano de Psiquiatría llevo a cabo un estudio bajo la dirección de las licenciadas: Mariño, Medina, Chaparro, y González; mediante estudios epistemológicos que realizaron en comunidades donde encontraron predominio de los síntomas depresivos. Se pudo encontrar que la mayoría de la población presenta de uno a dos síntomas depresivos en cualquier momento, entre el 9 y 20% de la población con un número suficiente de los síntomas para ser registrados, es por eso que se decidió hacer la investigación en la población adolescente mexicana. Los datos analizados para la realización de ese estudio, fueron sustraídos del proyecto sobre Salud Mental del Adolescente llevado a cabo en 1990 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y bajo la colaboración de la Dirección de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública.

El total de los adolescentes entrevistados fue de 873 estudiantes tanto de secundaria como de bachillerato (364 y 509, respectivamente) entre los 12 y 21 años de edad, del total de la muestra el 55% fueron mujeres y el 45% de hombres; entre los adolescentes estudiados los problemas interpersonales no se alejan de lo que otros autores han aportado como síntomas somáticos, dejan vislumbrar que para esta población quizá el factor podría relacionarse con las demostraciones externas de problemas de relación de los sujetos deprimidos con su medio ambiente.

Se encontró que el 15.4% de la muestra de estudiantes de enseñanza media y media superior expresaban depresión, persistiendo en las mujeres adolescentes la inclinación a mostrar mayor número de síntomas depresivos que los hombres adolescentes, hallando dos mujeres con sintomatología por cada varón.

En otro estudio realizado por las lic. Catalina González y Andrade Palos (1994), observaron que en la adolescencia las relaciones con los grupos de pares forman parte importante para entablar nuevas relaciones sociales maduras, donde el grupo de amigos compete con el núcleo familiar, estas nuevas relaciones demandan negociaciones y reacomodos incidiendo en el estado emocional, así el estrés psicosocial común es relevante ya que se remite a la relación del individuo y su ambiente, rebasando incluso los recursos psicosociales personales. Se observa que tanto hombres como mujeres adolescentes presentan conflicto con sus mejores amigos llevándoles a reaccionar con ánimo depresivo, e incluso pueden somatizar algún malestar.

Han encontrado que los procesos de socialización y roles de generos matizan particularmente tanto las vivencias como significados de la adolescencia en hombres y mujeres. En la adolescencia temprana, generalmente buscan establecer relaciones interpersonales extrafamiliares, dicha interacción demanda reacomodos. Finalmente el total de la muestra fue de 423 estudiantes adolescentes donde 55.6% fueron varones y 44.4% fueron mujeres; la mayoría (el 75%) de ambos progenitores vivían en pareja (casados / unión libre) el otro (13%) eran separados y divorciados y en la mayoría (80.1%) el progenitor fungía como jefe de familia (aportando la mayor parte del gasto familiar).

En todos los casos se solicitó la participación voluntaria garantizándole el anonimato y la confiabilidad en el manejo de la información. Se aportaron los siguientes resultados: Tanto adolescentes hombres como mujeres en quienes prevalece el estado de ánimo depresivo, también presentaron malestar físico de carácter psicológico, así como el sentirse poco agradables y rechazadas por la gente que les rodea; por otra parte las mujeres adolescentes tenían la prioridad de un estado de ánimo totalmente negativo, pesimista, tanto en su futuro como en sus expectativas; esto permite entender que la mujer es más compleja, la interrelación de las dimensiones de estrés común, social y consecuencias emocionales, en lo referente a la fenomenología depresiva en las experiencias vitales.

Asimismo se percataren de que los varones expresaban malestar depresivo ocasionado por conflictos con los amigos (afecto negativo), tristeza, soledad, etc. y de menor grado la presencia de somatización. Así en las mujeres la expresión psicopatológica se vuelve más compleja aparte de sentir tristeza, ganas de llorar, somatización del propio estado de ánimo, con sentimientos desagradables, antipáticas, y con ideas suicidas; denotando mayor aceptación social de los componentes depresivos referente a las mujeres, sin importar la edad.

También es factible que la depresión se instale en edades avanzadas, así los ancianos desarrollan frecuentemente depresiones crónicas, lo que se podría relacionar con alguna causa patológica cerebral orgánica precoz, el incremento del estrés y/o una incapacidad de adaptación.

A lo largo de lo que se ha mencionado se ha podido observar que la mujer es el sexo de mayor predilección para la depresión; los niños, sus víctimas más recientes; las personas de mayor edad su grupo predilecto. Entonces podemos indagar que en los intentos y amenazas de suicidio, como sus internaciones en clínicas psiquiátricas (en las mujeres) es mayor en la etapa precedente al ciclo menstrual. También algunos estudios demuestran que las mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo generalmente sufren de depresión premenstrual.

Axelrod pudo demostrar (1992) que la mayoría de las mujeres toleran la tristeza de la maternidad al tercer día del parto, la madre puede mostrar síntomas depresivos con llanto, insomnio, tensión y enfado; de un 10 a 20% las madres cursaran por un periodo de depresión clínica plena, con una duración de dos a ocho semanas, hasta prolongarse a un año, la desincronización de los ciclos hormonales así como otros ciclos periódicos en relación al reloj biológico, llegando a ser la clave para entender las depresiones cíclicas femeninas.

Winokur y colaboradores en 1971 en los Estados Unidos en un estudio encontraron un mayor episodio de depresión en las mujeres en familias de 129 sujetos en control. También Helgason (1966), en Islandia encontró que el riesgo de psicosis afectiva era de mayor recurrencia en las mujeres; de igual manera en Finlandia y Noruega prevalecía dicho estado en la mujer. Sin embargo en la India, Irak, Nueva Guinea y Rhodesia los de mayor incidencia ante la depresión son los hombres (citado por Olsson 1986).

En 1977 Weissman y Klerman encontraron que la desventaja social en las mujeres ha ocasionado trastornos psicológicos como la depresión; el matrimonio por otra parte demostrado por Gove (1972 y 1973), se presenta en esa parte de la vida de la mujer como parte perjudicial, ante la tasa relativa de enfermedades mentales resulta ser menor en las mujeres solteras, divorciadas y viudas comparada a los hombres de las mismas condiciones, únicamente las mujeres casadas presentaban mayor frecuencia que en los hombres (citado por Axelrod 1990).

En muchas culturas la mayoría de las madres heredan el vínculo a las hijas; Arieti (1974), nos dice que la cultura en general confabula en los conflictos profundos de la feminidad, entonces la mujer se encuentra más predispuesta para conformarse con la autodeterminación y sus facultades personales llegando a la adaptación de posturas masoquistas, mostrando gran influencia por parte de la sociedad.

En la mayoría de las sociedades patriarcales la vida subordinada de las mujeres se ven obligadas a no expresar el dolor y la frustración, y en el mejor de los casos la represión da movimiento a las defensas neuróticas; en el peor de los casos da pie a incursionar a los desórdenes mentales y en especial la depresión. Generalmente a la mayoría de las mujeres solo se les permite darles relevancia por el hecho de ser madres y amas de casa, y aunque las labores domesticas han disminuido en importancia en la actualidad sigue persistiendo la idea de que son pocas las actividades que la mujer puede tomar a su cargo. Aunque se enfrente a un trabajo análogo al del hombre, la sociedad no deja de mirarle con malos ojos.

Por otra parte se puede advertir que la mayoría de las metas de las mujeres no es precisamente la profesión como lo es el amor donde muchas mujeres se sienten defraudadas y aunque resulta fácil el por que de esta situación, paradójicamente a la mayoría de las mujeres se les negó desde la niñez la motivación para incursionar en el ámbito de una carrera, pero si se estimula a mostrarse a la maternidad y las labores domesticas tales serán metas, ya que se les pedía afiliarse a los sueños del amor romántico; sin duda alguna el amor es la ambición tanto para hombres como para mujeres, pero cuando a este (el amor romántico) se le ve solamente como interés en la vida o que forma parte de todos los objetivos e incluso ante la búsqueda de otro tipos de amor, llegando a verse la existencia con patrones rígidos los cuales serán muy difíciles de sustituir en el futuro.

Pese a que a ultimas fechas se le esta dando mayor oportunidad a la mujer en el ámbito laboral, sin duda es probable que algunas mujeres se sientan frustradas al no poder realizarse como madres y en menor grado ser amas de casa. Al unirse la mujer al hombre mediante el matrimonio es factible la depresión, y no solo por el fracaso que pudiera alcanzar en las metas dominantes, tambien es viable cuando el marido fracasa, esto muestra una vez más lo implícito por la sociedad, ante el sentido de la autorrealización de su pareja que va más allá de la felicidad del mismo hombre depende del sentimiento de la autorrealización de su mujer.

Resulta interesante tomar en cuenta que la mayoría de los libretos que personifican a la mujer son seis las categorías esenciales: " a) La mujer como victima del hombre que le trata brutalmente, la explota e insulta y la sociedad le impide redimirse. b) La mujer frágil o enferma. c) La mujer infantil, vana y dependiente. d) La mujer libertina y promiscua. e) La mujer fría, insincera e indigna de confianza. f) La mujer hermosa de joven, pero que termina muy pronto (Arieti 1978).

Reiteradamente la mujer se encuentra ubicada en la mayoría de las categorías que se acaban de mencionar, encontrando otro de los factores que influyen en la depresión para éste género; de igual manera podemos observar la desmedida atención que se le presenta a la juventud y se cree por dicho motivo, que al llegar la menopausia la mujer se encuentra derrotada, recordando a Madame Butterfly, de Puccini, se puede ver que la mujer de 15 años se enamora de aquel hombre que se ve destinado a abandonarle, llevándole a la tragedia.

Podemos concluir que la cultura que percibe a la mujer como víctima, como enferma, crédula e ingenua, y/o disoluta como una zorra, es factible que ésta presente un desaliento por el rol que le toca vivir, provocándole la caída a la melancolía con más facilidad que al hombre, denotando Bowbly (1961) y Beck (1983), en la depresión se manifiesta el tipo de relaciones objetales, las cuales fueron truncadas en la infancia. A lo que le agrega Arieti y Bemporad (1978) la depresión es el resultado de la intimidad insatisfactoria bajo la autoestima vulnerable de los problemas adultos.

11. 4 CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Hará unos 55 años que un medico ingles de nombre Aubrey Lewis demostró que la historia del diagnóstico y tratamiento de melancolia, podría dar realce y formar una verdadera historia a la psiquiatría; indudablemente esta idea dio el progreso al diagnóstico y tratamiento referente a los trastornos afectivos.

A lo largo de este capítulo hemos visto de manera muy diversa la forma de presentarse el estado depresivo, es por eso que la persona que cursa por dicho estado puede recurrir a cualquier elemento para encontrar alivio a su penar, tal sería el caso del suicidio, el drogarse o alcoholizarse o simplemente aislarse de los demás; sin embargo para poder determinar el tipo de depresión es necesario tomar en cuenta los diferentes tipos de depresión existente, ya que varía en grados extremos, así como en duración y en síntomas, consideremos pues los siguientes modelos, no sin antes mencionar que el término de trastornos afectivos fue sustituido por el de trastornos del estado de ánimo, el cual incluye los trastornos que tienen como típico la alteración del humor, así mismo se logro dividirlo en tres grandes rubros, confirmado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, denominado DSM IV y que son:

1) Episodios Afectivos el cual consta de: Episodio Depresión Mayor; Episodio Maníaco; Episodio Mixto; Episodio Hipomaniaco. En esta ocasión a los episodios no se les asigno códigos diagnósticos de tal modo que no se podrá diagnosticar como entidades independientes, pero que sí sirven para basar el diagnóstico de los trastornos.

2) Trastorno del Estado de Animo el cual incluye: Trastorno Depresivo Mayor; Trastorno Distímico; Trastorno Depresivo no Especificados. el 3) Trastorno Bipolar 1; Trastorno Bipolar 2; Trastorno Ciclotímico; Trastorno Bipolar no Especificado. En este segundo punto se incluyen el número 2 y 3 debido a que el tercer rubro marca solo las especificaciones para describir los episodios afectivos más recientes de cuerpo episódico recidivantes (Repetición de la enfermedad poco después de terminada la convalecencia).

Podría enmarcarse a la depresión como todo aquello que en el pasado del sujeto le había ocasionado alegrías, ánimo y entusiasmo para encaminarse a la obscuridad de lo que llevo a ser su infancia, quizá ese infante se haya visto envuelto en una inactividad nada propia de su edad o quizá la amenaza de algún monstruo o bruja que le asuste por no acatarse a las reglas de los mayores.

Veremos como en el primer Rubro encontramos el Episodio Depresivo Mayor.- Es indudable que se manifestara un estado depresivo en el sujeto donde los niños y adolescentes presentaran un estado de ánimo irritable; sin embargo para el adulto disminuirá su interés o placer al realizar algunas actividades, o ánimo deprimido, que

llegan a ser persistentes; generalmente su estancia es de casi todo el día, en un periodo de dos semanas como mínimo; se podría presentar por lo menos cuatro de los siguientes síntomas como la pérdida de peso o alimentarse de forma ávida, insomnio o hipersomnio, falta de energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza, ideación de muerte recurrente e incluso intentos suicidas; para mantener la existencia del episodio será necesario que un síntoma sea de nueva presentación o el empeoramiento del sujeto de acuerdo al ánimo que presentaba antes del episodio.

Habitualmente se presenta malestar, desesperanza y desánimo, así como la asociación de sentimientos de inutilidad, llanto, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, gran inquietud por la salud física, crisis de angustia y fobias. Hay algunos pacientes que no llegan a demostrar ningún síntoma depresivo, pese a eso sus familiares sí se pueden percatar que algo anda mal en el sujeto (en algunos casos el sentimiento de inutilidad puede manifestar delirios).

Indudablemente en el episodio se manifestará un claro deterioro en cuanto a la actividad social, laboral o áreas importantes del individuo; frente a los cambios psicomotores se puede enlazar la agitación, como sería el caso de no poder permanecer sentado, paseos, frotarse las manos constantemente y pellizcarse o arrugar la piel, la ropa o algún objeto; en caso contrario sería el entrecimiento tanto en el lenguaje, el pensamiento y movimientos corporales, bajo volumen de voz, menos inflexiones, cantidad o variedad de contenido o mutismo. Este tipo de agitación deberá ser lo suficientemente notable por los demás y no solo se pueda dar una falsa sensación subjetiva.

Frente al sentimiento de inutilidad que manifiestan los sujetos con un episodio depresivo mayor puede abarcar evaluaciones negativas, las cuales no se acercan a la realidad del valor o preocupaciones, o ruminaciones de culpa, lo que atribuye a errores de antaño, es por eso que estos individuos manifiestan un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.

Los motivos que tiene la persona para pensar o querer actuar el suicidio se resumen en el deseo de rendirse ante lo que perciben como obstáculo insalvable o el gran deseo de terminar con aquel estado emocional el cual le causa masivo dolor, y que comprende como eterno. En casos extremos la persona puede verse imposibilitado de cuidar de sí mismo o de un mínimo de higiene personal.

Ante la presencia del episodio depresivo mayor se deberá diferenciar del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, y entonces el diagnóstico sería trastorno del estado de ánimo debido a la enfermedad médica, siempre y cuando la alteración del estado de ánimo sea asociado al efecto fisiológico directo de dicha enfermedad; Así sucederá con el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y por tanto se distinguirá del episodio depresivo mayor debido al consumo de alguna sustancia ya

sea de tipo tóxico, medicamentoso o alguna droga, y siendo considerado la alteración del estado de ánimo debido a la ingesta de la sustancia, diagnosticando como trastorno del estado de ánimo por cocaína, con síntomas depresivos de inicio durante la abstinencia.

Por tanto no se diagnosticara el episodio depresivo mayor si el sujeto no cumple con los síntomas de acuerdo con los criterios que ya se mencionaron, o en caso de que presente los síntomas del criterio para el diagnóstico del episodio mixto. Aclaremos que el episodio depresivo mayor con el estado de ánimo demasiado irritable suele ser difícil de diagnosticar cuando no hay una idea clara del episodio maniaco irritable o del episodio mixto; en tanto si se cumple con los criterios tanto para el episodio maniaco, como el depresivo mayor (a excepción de la duración de dos semanas) en un periodo de una semana día tras día, se le diagnosticara como episodio mixto.

Otro de los elementos que se tienen que tomar en cuenta es que ante la pérdida de una persona querida los síntomas depresivos deberán aunarse a un duelo, más no al episodio depresivo mayor, aún cumpliendo con los criterios del episodio, salvo que la duración de los síntomas sea mayor a dos meses o ante un mal funcionamiento, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Podemos observar que tanto la enfermedad física crónica, la dependencia de sustancias como el alcohol y/o cocaína, estrés psicosocial, la muerte de una persona querida, un divorcio o separación, e incluso el parto pueden ser los desencadenantes del episodio depresivo mayor.

Concluimos entonces que para poder realizar el diagnóstico como mínimo se tuvo que mantener el sujeto con los síntomas depresivos durante dos semanas ininterrumpidas, bajo un cambio de conducta previa como sería el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés por las cosas que antes le causaban placer, presentar no menos de cuatro de los síntomas antes mencionados.

Ante un episodio mixto se deberá diagnosticar si el sujeto cumple con los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor (que ya fue explicado) y con los criterios para el diagnóstico del episodio maniaco (el cual se omite por no ser tema de dicho capítulo), con una duración de una semana, cumpliendo día tras día con los criterios de ambos episodios.

En lo referente al Trastorno Depresivo Mayor es peculiar de uno a más episodios depresivos mayores, sin antecedentes de algún episodio de tipo maniaco, mixto, e hipomaniaco; al igual para el diagnóstico será necesario la ausencia de cualquier tipo de episodios de trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias, ni trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica, salvo la aclaración que se hará posterior a esto.

Al cumplir los criterios para el episodio depresivo mayor, se dejara vislumbrar la gravedad del episodio: Es explicable de la siguiente manera: 1) Leve.- Un mínimo de síntomas requeridos para realizar el diagnóstico, de esta manera un mínimo decremento en las actividades laborales, sociales que acostumbra tener con los demás.

2) Moderado.- Los síntomas oscilan entre el grado leve y grave.

3) Grave.- Además de los cinco síntomas requeridos para establecer el diagnóstico, otros síntomas que también interfieran para realizar sus actividades laborales como sociales.

4) Con síntomas psicóticos.- Determinando la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (por lo general auditivas), y si los síntomas psicóticos mantienen congruencia con el estado de ánimo, con ideas delirantes nihilistas, somáticas, de ruina y/o de culpa, y síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo, esto se presenta con ideas delirantes de persecución, de inserción del pensamiento o del control, aquí podemos observar que ante la presencia de síntomas psicóticos sin congruencia existe un mal pronóstico.

5) En remisión total.- se requiere de al menos dos meses en que no estén presentes los síntomas depresivos.

6) Lo referente a la remisión parcial.- podemos ver dos maneras, como sería el caso de la existencia de algunos síntomas del episodio depresivo mayor, sin llegar a cumplir por completo los criterios; por otra parte el no existir ningún síntoma del episodio depresivo mayor, aunque el periodo de remisión sea menor a los dos meses, frente a la presencia del episodio depresivo mayor esta superpuesto a un trastorno distímico, no se realizara el diagnóstico del trastorno depresivo mayor en remisión parcial. *

La mayor asociación que se le hace al trastorno depresivo mayor es el de alta mortalidad. Los datos recabados por el DSM IV, proponen que las tasas de muerte de pacientes con este trastorno, de más de 55 años aumentan hasta cuadruplicarse; las visitas hechas a consulta de medicina general, los que muestran trastorno depresivo mayor son víctimas de dolor y enfermedades físicas así como una pésima actividad física, social y personal.

* Nota: se aclara que este tipo de gravedad se aplicara a cada trastorno y episodio de forma individual, por lo que se omitirá la explicación de cada uno en el momento que se requiera, haciendo mención solo al nombre.

Este al igual que otros trastornos puede asociarse con la ingesta de alguna sustancia o la presencia de alguna enfermedad, lo que dará por resultado el cambio del diagnóstico anteponiendo si es por ingesta o por enfermedad y seguido del trastorno presentado por la reacción de dichas manifestaciones.

Ante la presencia del episodio maníaco, mixto o hipomaniaco quedara fuera del diagnóstico el trastorno depresivo mayor.

En los recientes estudios del DSM IV se espera que del 50 al 60% de personas con trastorno depresivo mayor, de episodio único, presenten un segundo episodio; para los que han presentado un segundo episodio, tendrán el 70% de posibilidad para un tercer, así como los que han tenido tres episodios cabra la posibilidad de un 90% de tener el cuarto episodio (generalmente las personas que han presentado el trastorno depresivo mayor bajo un episodio único presentarán un episodio maníaco).

El trastorno distímico se diferencia del trastorno depresivo mayor ya que en el primero los síntomas duran la mayor parte del día durante casi dos años, los síntomas depresivos son menos graves y en el segundo la duración de los síntomas será de dos semanas, con la presencia de uno o más episodios depresivos mayores; pero ambos se identifican por el deterioro que existe en las diferentes áreas del sujeto (laboral o social); se podría dar el diagnóstico de trastorno distímico posterior a un trastorno depresivo mayor, siempre y cuando el trastorno distímico haya hecho presencia en el primer episodio depresivo mayor o ante una remisión total del episodio depresivo mayor en un mínimo de dos meses, antes del inicio del trastorno distímico.

El Trastorno Distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido donde se presenta la mayor parte del día durante un periodo de dos años (en niños y adolescentes el estado de ánimo suele ser irritable en vez de deprimido, y con una duración de por lo menos un año), durante el periodo del estado de ánimo depresivo existirán por lo menos dos de los siguientes síntomas: pérdida o incremento del apetito, insomnio o hipersomnio, falta de energía o fatiga, baja autoestima, le resulta difícil concentrarse, tomar decisiones así como desesperanza, el mismo sujeto se puede percibir como poco interesante o inútil, convirtiéndose en algo cotidiano para la persona ("yo siempre he sido así" "es mi forma de ser").

No habrá que olvidar que entre los intervalos de ausencia de los síntomas de los dos años, será de no más de dos meses, se podrá diagnosticar a la persona siempre que no haya presentado episodios depresivos mayores antes de presentarse síntomas distímicos; al radicar los síntomas distímicos durante dos años y pudiendo sobreadherirse el trastorno distímico episodios depresivos mayores se denominara como depresión doble, una vez establecido sólo los síntomas distímicos, el diagnóstico será distímico. El diagnóstico no se realizara tampoco ante la presencia de algún episodio maníaco, mixto o hipomaniaco o ante la presencia de un solo

ESTA TESIS NO SE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

trastorno ciclotímico. Al diagnosticar a la persona necesariamente tendrá que ser notorio el deterioro de índole laboral, social (o escolar) o alguna de las actividades importantes del sujeto.

En este trastorno será necesario indicar la edad de comienzo, determinando:

Inicio Temprano.- Los síntomas de este trastorno darán inicio antes de cumplir los 21 años de edad, con la mayor posibilidad de experimentar episodios depresivos mayores.

Inicio tardío.- En esta ocasión los síntomas se harán presentes a la edad de los 21 años o más adelante de la edad ya mencionada.

Con Síntomas Atípicos.- Siempre y cuando en los dos últimos años del trastorno se cumplan los criterios para estos síntomas:

Para el diagnóstico del síntoma atípico será necesario cursar con los siguientes criterios: Se puede aplicar este mientras que los síntomas sean perseverantes a lo largo de dos semanas del más reciente episodio depresivo mayor, del trastorno depresivo mayor o algún tipo de trastorno bipolar (1 ó 2), cuando el episodio depresivo mayor es el más nuevo del episodio afectivo o cuando los síntomas han prevalecido a través de los dos últimos años del trastorno distímico: Reactivación del estado de ánimo ante situaciones que valen la pena esa activación; dos o más de los siguientes síntomas: incremento del apetito o del peso, hipersomnio, desaliento (piernas y brazos con sensación inerte o pesadez), sensibilidad al rechazo interpersonal, que puede marcar una degeneración en el ámbito social o laboral (sin cumplir con los síntomas para los melancólicos o catatónicos).

En el Trastorno Depresivo no Especificado es fácil ver que se incluirán los síntomas depresivos que no se cumplan en la totalidad para los diagnósticos del trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y deprimido.

Así mismo puede incluir el trastorno disfórico premenstrual, bajo un estado de ánimo sumamente depresivo, con importante ansiedad, una nítida labilidad afectiva, pérdida de interés por sus actividades, estos tendrán que mostrar un claro deterioro en las actividades del sujeto, y la ausencia de los mismos como mínimo de una semana después del periodo menstrual. No se podrá marcar un trastorno depresivo cuando el sujeto cumpla con menos de cinco síntomas del trastorno, con episodios de dos semanas de síntomas depresivos; frente al trastorno depresivo recidivante, los episodios depresivos tendrán una duración de dos días a dos semanas, durante una vez al mes con duración de doce meses. También se podrá observar este trastorno ante los criterios no determinados de trastorno depresivo propuesto en la esquizofrenia; frente al episodio depresivo mayor a un trastorno delirante, psicótico no especificado, por una enfermedad médica o por la ingesta de una sustancia.

Frente al Trastorno Bipolar I no se ampliara la información debido a que se incluyen los episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos, bajo la gravedad adecuada, síntomas atípicos o melancólicos. Aquí se exceptúa el diagnóstico aunado a la ingesta de sustancias o de alguna enfermedad médica.

Ante el Trastorno Bipolar II se distingue por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, acompañado de un episodio hipomaniaco dentro de los cuales cobra la explicación de cual es el episodio por el que está cursando (depresivo mayor o hipomaniaco), al mismo tiempo si este es de manera reciente (o afectivo sólo en el episodio depresivo mayor), tomando en cuenta la gravedad del mismo (leve, moderado o grave); con síntomas atípicos o melancólicos; con patrón estacional o de ciclos rápidos.

No se llevara a cabo el diagnóstico si existe la presencia de alguna enfermedad médica o de la ingesta de alguna sustancia tóxica, exceptuándolo como a diferencia de lo explicado en el trastorno depresivo mayor; frente a la ausencia o fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden ser causados por el trastorno bipolar II, ante los trastornos asociados se puede considerar la anorexia nerviosa, la bulimia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y el trastorno límite de personalidad.

Se ha podido encontrar de un 5 al 15% de las personas con trastorno bipolar II que presentan de cuatro a más episodios afectivos (depresivo mayor o hipomaniaco) los cuales se conforman durante el mismo año, la presencia de ciclos rápidos presenta un pésimo pronóstico. La distinción que se puede ver entre el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico, es que durante el primero se presentan de uno a más episodios depresivos mayores, pero si después de los dos primeros años se pone en contacto con un episodio depresivo mayor durante la ciclotimia, se adicionara el trastorno bipolar II.

El Trastorno Ciclotímico se puede manifestar mediante un estado de ánimo crónico, bajo constantes fluctuaciones de síntomas hipomaniacos, los cuales no siempre tienen el suficiente número, gravedad, importancia o duración para aplicar los criterios para el episodio maniaco; y síntomas depresivos al igual se muestran insatisfactorios para cumplir con los criterios para el episodio depresivo mayor (el periodo sera de dos años para adultos y de un año para adolescentes y niños, con un intervalo de síntomas de dos meses). No se dará el diagnóstico para aquellas personas las cuales cursen con algún trastorno esquizoafectivo, psicótico, esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.

El sujeto puede ser calificado como muy temperamental, malhumorada, impredecible, inconsistente o poco factible; puede existir dificultad para iniciar o mantener el sueño (en la clínica es más factible que las mujeres pidan ayuda que los varones). Este trastorno suele dar inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, sin embargo cuando este llega a presentarse a una edad tardía se podrá ver que generalmente corresponde a una

enfermedad médica (esclerosis múltiple o hipertiroidismo entre otras), con el riesgo que estos sujetos presenten de nueva cuenta un curso crónico y de un 15 al 50% de algún trastorno bipolar I ó II.

En la mayoría de los trastornos es factible que algún familiar de primer grado haya presentado el mismo trastorno. Al presentarse algún episodio maniaco, mixto, depresivo mayor durante el trastorno de ciclotimia se le diagnosticara como trastorno bipolar I (en episodios maniaco o mixto), o trastorno bipolar II (para el episodio depresivo mayor) aunando el de ciclotimia.

Es importante saber que el trastorno límite de personalidad puede llegar a confundirse con el de ciclotimia debido a la oscilación de éste; al cumplirse los criterios de ambos trastornos se diagnosticaran los dos, quedando al último el de ciclotimia.

Trastorno Bipolar no Especificado: La presencia de este trastorno en un sujeto se manifiesta mediante la aparición de algunas características de cualquiera de los trastornos bipolares los cuales no cumplen con los síntomas necesarios para los mismos; la ausencia de síntomas intercurrentes depresivos, de algún episodio hipomaniaco. El presentar algún tipo de trastorno bipolar donde no es factible determinar si este es causado por la ingesta de alguna sustancia o por alguna enfermedad; ante la presencia de algún episodio maniaco o mixto sobrepuesto ante un trastorno delirante, de esquizofrenia, residual o psicótico no especificado.

Por último podemos encontrar dentro de esta clasificación de la depresión a la Melancolía, la cual es factible de emplear ante la presencia del episodio depresivo mayor (actual o reciente), en el episodio depresivo mayor frente al trastorno bipolar I ó II, esto implica que ante el aspecto del episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos existirá la pérdida del interés en todas o casi todas las cosas que le causaban alegría tiempo atrás, incluso aunque la presencia del estímulo sea para causar la sensación de alegría, así se aunaran tres de los siguientes síntomas para alcanzar el diagnóstico: habitualmente la depresión se instalara por la mañana, el estado de ánimo se torna diferente, agitación psicomotora o enlentecimiento, despertar antes de lo acostumbrado sin volver a conciliar el sueño, incremento en el peso o anorexia, culpabilidad excesiva o inapropiada.

Ahora bien los síntomas puros del melancólico se manifiestan mediante la casi total ausencia de experimentar placer (no dejando ver solo como una disminución), incluso el sujeto puede calificar este sentimiento como algo sumamente diferente a la tristeza de algún duelo o ante la presencia del episodio depresivo no melancólico. Este tipo de síntomas es factible que hagan su aparición ante la presencia de síntomas psicóticos, así también es menos factible que se experimente al cursar el episodio depresivo leve en el lugar que el grave.

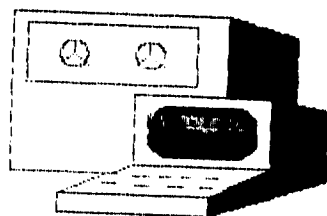
Ante los síntomas Atípicos es admisible hacerlos presente cuando el sujeto manifiesta durante las dos primeras semanas del episodio depresivo mayor, de un trastorno depresivo mayor o algún trastorno bipolar (I ó II), o cuando los síntomas prevalecen en los dos últimos años de un trastorno distímico.

La ahora adolescente se puede ver victimada de algún recuerdo, y precisamente en la clasificación encontramos que puede ser permisible en la mujer adolescente la presencia del trastorno depresivo no especificado que incluye el trastorno disfórico premenstrual o también el trastorno ciclotímico el cual generalmente comienza en la adolescencia, justamente la edad que es tema del presente trabajo.

Sin embargo y no por lo antes mencionado se descartara el resto de las clasificaciones para el diagnóstico de la depresión ya que podemos detectar cualquier de los síntomas de la clasificación en la adolescencia, y que mejor el poder preveer el incremento del sintoma depresivo mediante una adecuada observación en las mujeres Adolescentes.

También se pudo notar la analogía de los síntomas que presentan la mayoría de los diferentes rubros para diagnosticar la depresión y lo que difiere sería la duración.

CAPTURED BY.



M E T H O D C L O S E A

" METODOLOGIA "

111.1 OBJETIVO:

Esta investigación tiene como objetivo el determinar si existen o no diferencias significativas con respecto a los síntomas depresivos que presentan las mujeres adolescentes que han vivido en el ambiente de casa hogar y las mujeres adolescentes las cuales han estado rodeadas de un ambiente de casa familiar, esto debido a que el ambiente el cual se desarrollan ambos grupos defieren el uno del otro, además es conocido que a esta edad (la adolescencia) es muy frecuente que presenten rasgos depresivos latentes.

111.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante mucho tiempo se llegó a observar que la depresión era propia de la edad adulta o la vejez, posteriormente se determinó que en la adolescencia se presentaban síntomas depresivos, todo esto ha concluido como causa de múltiples suicidios acontecidos en nuestra sociedad.

No obstante es muy factible que se relacione a las personas que han estado carentes del seno familiar para demostrar que son estas quienes presentan mayor número de síntomas depresivos, sin embargo en la actualidad el ritmo de vida tan acelerado que logran mantener algunas familias ha ocasionado que la atención que se les preste a sus hijos sea de manera superficial o casi nula. Podemos percatarnos que el suicidio es desencadenado en la mayoría de los casos por la presencia de síntomas depresivos y aunado a la etapa que cursa la persona de encontrar su propio rumbo como futura persona adulta es que valdría la pena el determinar en cual de las poblaciones pueden manifestarse mayor número de síntomas depresivos, ya sea en las mujeres adolescentes que viven en casa hogar, o en mujeres adolescentes que viven en casa familiar.

111.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Se lograra aclarar si los síntomas depresivos son de mayor manifestación en alguno de los dos grupos de estudio o si son propios de la edad, sin influir demasiado el lugar donde viven las mujeres adolescentes.

111.4 FORMULACION DE HIPOTESIS:

- H1. Existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes que viven en casa hogar y mujeres adolescentes que viven en casa familiar.
- Ho. No existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes que viven en casa hogar y mujeres adolescentes que viven en casa familiar.

- H1. Existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa familiar.
- Ho. No existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa familiar.

- H1. Existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa familiar.
- Ho. No existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa familiar.

- H1. Existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa familiar.
- Ho. No existen diferencias significativas de sintomas depresivos en mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa familiar.

111.5 DEFINICION DE VARIABLES:

Variable Independiente.- Mujeres Adolescentes De Casa Hogar Y
Mujeres Adolescentes De Casa Familiar.

Variable Dependiente.- Sintomas Depresivos.

111.5.1 * DEFINICION CONCEPTUAL:

- € MUJER.- Persona del sexo femenino, la cual ha llegado a la pubertad, la cual ha sido desprovista de un pene.
- € ADOLESCENTE.- Edad que sucede a la infancia y llega hasta la edad viril, ocasionando en la persona angustia por no saber con exactitud que está pasando con su cuerpo y sus pensamientos.
- € CASA.- Edificio o piso dedicado a vivienda.
- € CASA HOGAR.- (casa cuna) hospicio de niños.
- € FAMILIA.- Conjunto compuesto por un matrimonio y sus hijos.
- € SINTOMAS.- Fenómeno revelador de una enfermedad.
- € DEPRESION.- Abatimiento del ánimo.

111.5.2 * DEFINICION OPERACIONAL:

- € MUJER ADOLESCENTE.- Sujetos de 14, 15 y 16 años del sexo femenino.
- € CASA HOGAR.- Casa Hogar del Desarrollo Integral para la familia (DIF.).
- € CASA FAMILIAR.- Vivienda en la cual habitan ambos esposos en compañía de sus hijos.
- € SINTOMAS DEPRESIVOS.- Los resultados obtenidos en la Lista de de Adjetivos de Depresión.

111.6 POBLACION Y MUESTRA:

111.6.1 POBLACION :

La selección de la población fue de mujeres adolescentes cuyas edades son de los 14, 15 y 16 años, de nacionalidad mexicana, que residan en el Distrito Federal, que se encuentren cursando algún grado escolar, en escuelas de gobierno y de la delegación de Tlalpan, con un nivel socioeconómico medio y medio bajo.

En el Distrito Federal la población de adolescentes de edades entre los 14 y los 19 años fue de 381558 en el año de 1990 y en la delegación de Tlalpan su población de adolescentes era de 23494, de las mismas edades que en el Distrito Federal y del mismo año, esta población cuenta con estudios, determinándolo como alfabetas, refiriéndose solo a las mujeres de la edad antes mencionada.

111.6.2 MUESTRA :

Para la muestra se tuvo que determinar el trabajar con dos grupos, para lo cual se selecciono una casa hogar en el Distrito Federal, ubicada en la Delegación de Tlalpan donde se encontraran viviendo mujeres adolescentes, de las cuales 30 son de 14 años; 22 adolescentes de 15 años y 25 adolescentes de 16 años; cursando algún grado escolar; a este grupo se le llamo Grupo " A ". Para encontrar el Grupo " B " se reunieron a las adolescentes de forma aleatoria en escuelas secundarias y en el colegio UCH Sur.

El grupo " A " se conformo de 77 mujeres adolescentes que viven en casa hogar. El grupo " B " se conformo de 77 mujeres adolescentes que viven en casa familiar. En ambos grupos se les aplico el Test de Lista de Adjetivos de Depresión (LAD).

111.7 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO :

111.7.1 HISTORIA DEL INSTRUMENTO :

La Lista De Adjetivos De Depresión fue diseñado por la Doctora AxelRod, la cual elaboro dicho instrumento para obtener el grado de Maestría y Doctorado en Psicología Clínica en los años de 1987 y 1990 respectivamente, siendo su objetivo el que la población mexicana contara con un instrumento el cual fuera

factible de aplicar y contestar, para lo cual tuvo que aplicarlo en diferentes edades, en sexos tanto femenino como masculinos, así como en diversos niveles socioeconómicos.

Este instrumento cuenta con la validez y confiabilidad para ser aplicado a la población mexicana y que a través del análisis factorial se logra precisar que de los 62 items con los que inicialmente se presentó el instrumento se considero quedar con 36 adjetivos los cuales conforman el instrumento, que se agrupan en cuatro grandes factores que son:

- 1.- Felicidad --- Tristeza.
- 2.- Seguridad --- Inseguridad.
- 3.- Optimismo --- Pesimismo.
- 4.- Satisfacción --- Insatisfacción.

111.7.2 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO:

* Es importante resaltar que era necesario encontrar un instrumento con el cual no se determinara el diagnóstico de Depresión, más bien lo que se requería era de una manifestación que estuvieran presentes los síntomas de depresión.

* La Lista De Adjetivos De Depresión (LAD) fue diseñado para determinar si existen o no síntomas depresivos; LAD consta de 36 adjetivos en los cuales cada adjetivo presenta un continuo que va del 1 al 10, donde el número " 1 " corresponde al polo de la salud y el número " 10 " corresponde al polo de la Depresión.

* Los adjetivos generalmente inician con la negación del estado de ánimo en el cual se encuentren en esos momentos las personas que están dispuestas a contestarlo, así a continuación se presenta el continuo del 1 al 10 para posterior el continuo del adjetivo se presente de manera extraordinaria, a excepción de un número determinado de adjetivos, los cuales son colocados de esa manera para así poder entrar a lo requerido del instrumento.

111.8 PROCEDIMIENTO :

El proceso se dividió en dos partes una de ellas se establecido en lo correspondiente al grupo " A " donde se acudió a una casa hogar ubicada en el Distrito Federal, se concertó una cita con la responsable de la institución de casa hogar, así como

la jefe del departamento de psicología, a ambas personas se les explica el interés por realizar la investigación con las adolescentes que ahí se encontraban internas y que de preferencia las edades fueran de los 14 a los 16 años. se les explica en que consistía la investigación al igual que el instrumento que se aplicaría a las jovencitas, para determinar si los síntomas depresivos que presentaban éstas sería similar o diferente al del grupo " B ".

Una vez obtenida la autorización de parte de la institución se procedió a la entrevista con las psicólogas encargadas de cada edificio al igual que con las personas que están al cargo de las jovencitas de cada edificio de manera más directa, acordando día y hora en que se podía acudir a la aplicación del instrumento. Así fue como llegado el momento y reunidas las adolescentes en grupos de 3 a 7 se les explica en que consistía el instrumento y cual era la finalidad, por otro parte se les aclara que las respuestas serán de forma confidencial por lo mismo es que no se les pide el nombre en LAD, ni en el cuestionario que antecede al LAD.

Ya explicadas las instrucciones se procede a proporcionarles el instrumento a cada persona, junto con un lápiz y goma para poder contestarlo, ellas (las adolescentes) contaron con un lugar el cual era adecuado para el momento, con buena luminosidad, una mesa donde apoyarse y en el momento que les surgía la duda del significado de alguna palabra se les aclaraba, no obstante se procuraba leer al igual que ellas el adjetivo correspondiente. Una vez obtenido el cuestionario con las respuestas dadas por las jóvenes se les agradece su participación.

El segundo paso fue el acudir a las afueras de dos escuelas secundarias y el colegio CCH. Sur, correspondiente al segundo grupo, denominado como " B "; afuera de estas instituciones se reúnen grupos de 4 a 8 personas, se pide la participación de forma voluntaria en la realización de esta investigación y explicándole en que consistía y el instrumento que se les aplicaría, aclarando paso a paso la forma del cuestionario, no se les pide el nombre para que tuvieran la confianza de responder de manera real de como se encuentran en esos momentos en cuanto a su estado emocional, es así que se procede a la aplicación del instrumento proporcionándoles el instrumento, lápiz, goma y carpeta para poder responder sin dificultad, y contestando a las preguntas que tenían referente a los adjetivos que presenta LAD.

111.9 DISEÑO DE INVESTIGACION :

La presente investigación es de tipo Ex-post-facto debido a que el control de las variables no es ocasionado por el investigador. Se entiende que no es posible el control directo, ni la manipulación experimental, ni la asignación aleatoria, puesto que la relación entre las variables independientes y las dependientes no se puede dar una intervención abiertamente.

111.10 ANALISIS ESTADISTICO :

Una vez obtenidos la Lista de Adjetivo de Depresión totalmente contestados se procede al análisis de los resultados para lo cual se utilizo el estadígrafo de la "T de Student".

El aplicar la T de Student se debe a que es un estadígrafo que se aplica a muestras pequeñas (menores a 30 sujetos), con la obtención de una desviación típica y la obtención de la varianza de las muestras, donde la varianza sera el cuadrado de la desviación típica.

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{DX}}$$

D o n d e :

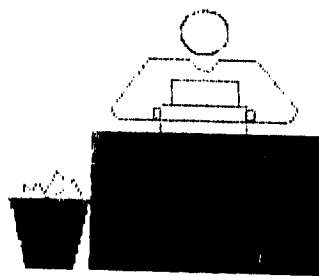
\bar{X}_1 = Es la Media del Grupo " 1 ".

\bar{X}_2 = Es la Media del Grupo " 2 ".

S_{DX} = Desviación Típica

Es así como se logra determinar el tipo de hipótesis que se aceptará. También se tiene que una vez obtenido el resultado de la fórmula se procederá a buscar el resultado en la tabla de dicho estadígrafo, el cual deberá ser menor (al valor de la tabla) para que sea aceptada la hipótesis nula.

Es decir que en el caso de la hipótesis 1 la regla de decisión aceptará la hipótesis nula si el valor de "t" es mayor a -1.960 pero menor a 1.960 , con 152 GL. al 5% con un valor en "t" de ± 1.960 ; por consiguiente en el caso de la hipótesis 2 encontramos que la regla de decisión el valor de la "t" es mayor a -2.021 pero menor a 2.021 con GL. de 58 al 0.05 en un total de la "t" = ± 2.021 ; así también podemos observar que en el caso de la hipótesis 3 se acepta la hipótesis nula ya que su valor "t" es mayor a 2.021 y menor a 2.021 , con 42 GL. al 5% con un total de $T = \pm 2.021$; en el caso de la hipótesis cuatro se registrará la regla de decisión, aceptando la hipótesis nula si el valor de "t" es mayor a -2.021 pero menor a 2.021 con GL. de 2.021 al 0.05 con un total $T = \pm 2.021$



CAPITULO

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y
SUGERENCIAS

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

IV.1 RESULTADOS :

Hipótesis N^o 1

Nos demuestra que la (H₀) hipótesis nula se acepta, no encontrando diferencia significativa de síntomas depresivos en mujeres adolescentes que viven en casa hogar y mujeres adolescentes que viven en casa familiar.

Nos percatamos de que la probabilidad en ambos grupos es de .019, siendo no mayor a 0.05 y con GL. de 152, lo cual indica que no existen diferencias significativas de síntomas depresivos en ambos grupos de estudio (Gráfica 1, Tabla 1)

Hipótesis N^o 2

Nos demuestra que la (H₀) hipótesis nula se acepta, no encontrando diferencia significativa de síntomas depresivos en el grupo de las mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa hogar y el grupo de las mujeres adolescentes de 14 años que viven en casa familiar.

Nos percatamos de que la probabilidad en ambos grupos es de .336, siendo no mayor a 0.05, es lo que nos permite obtener tal respuesta, donde no existen diferencias significativas en los síntomas depresivos que presentan ambos grupos. (Gráfica 2, Tabla 2)

Hipótesis N^o 3

Nos demuestra que la (H₀) hipótesis nula se acepta, no encontrando diferencia significativa de síntomas depresivos en mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 15 años que viven en casa familiar.

Nos percatamos de que la probabilidad en los dos grupos es de .019, siendo menor a 0.05, lo cual indica que no existen diferencias significativas de síntomas depresivos en ambos grupos. (Gráfica 3, tabla 3).

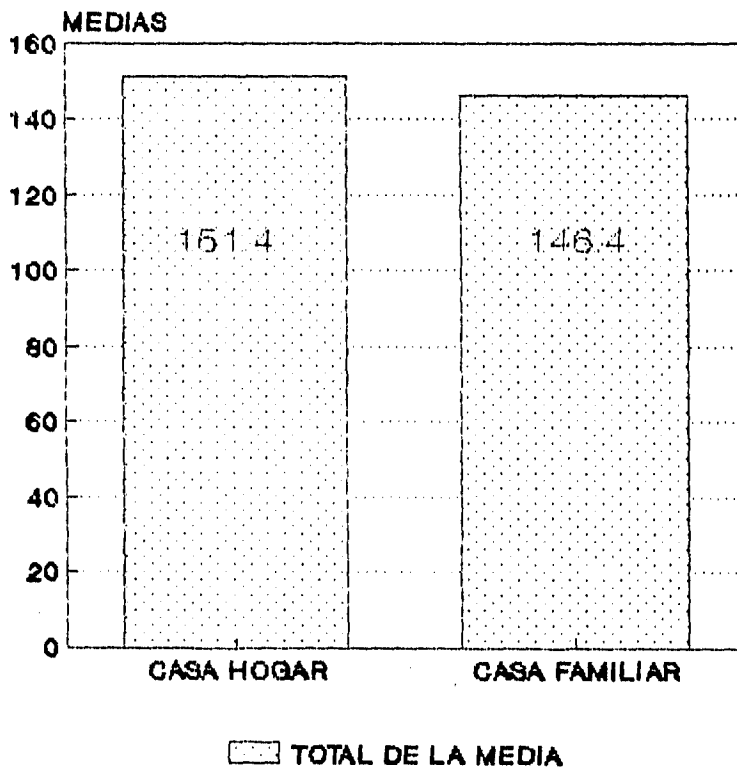
Hipótesis N^o 4

Nos demuestra que la (H₀) hipótesis nula se acepta, no encontrando diferencia significativa de síntomas depresivos en mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa hogar y mujeres adolescentes de 16 años que viven en casa familia.

Nos percatamos de que la probabilidad en ambos grupos es de .070, registrándose como menor a 0.05, eso indica que no existen diferencias significativas de síntomas depresivos en los dos grupos de adolescentes (Gráfica 4, Tabla 4).

MEDIA PROMEDIO DE AMBOS GRUPOS

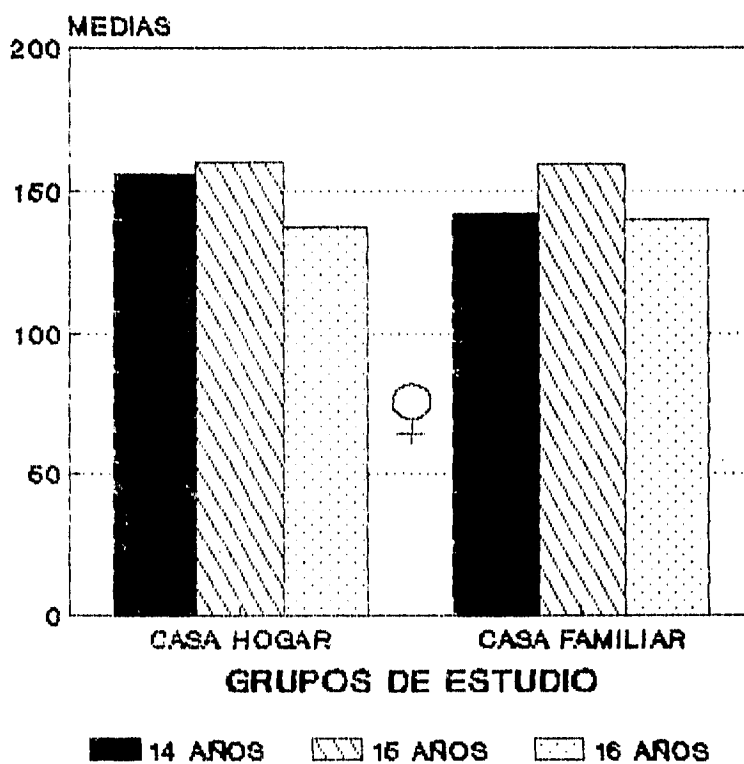
LA REGLA DE DECISION ACEPTA H_0 SI EL
VALOR DE T = (+/-) 1.960 QL 5%



t = 0.19

GRAFICA 1

MEDIAS DE AMBOS GRUPOS POR EDADES



GRAFICA 1.1

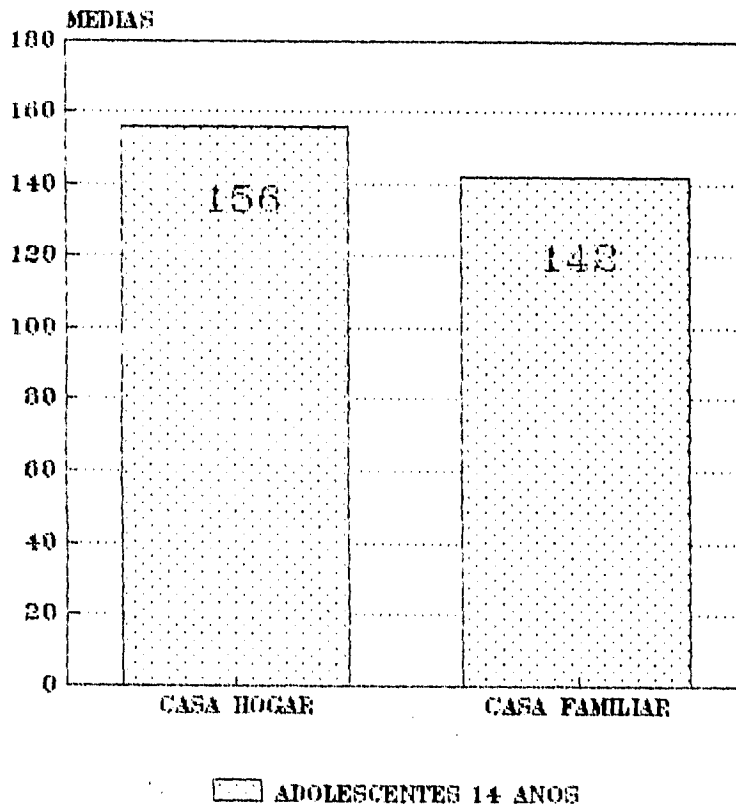
**VALORES TOTALES EN AMBOS GRUPOS
(GRUPO " A " Y GRUPO " B ")**

**"t" STUDENT Y ACEPTACION/RECHAZO
DE HIPOTESIS**

ESCALAS	EDADES	X	\bar{X}	$\frac{\sum X^2}{N}$	$\frac{\sum S^2}{N}$	T	Ho	Ha
HIPOTESIS 1								
GRUPOS DE 14, 15 y 16 AÑOS								
CASA HOGAR			151.4			0.19	x	
CASA FAMILIAR			146.					
HIPOTESIS 2								
GRUPO A	14 AÑOS	4703	156	815483				
GRUPO B	14 AÑOS	4275	142	707323	1.25	.336	x	
HIPOTESIS 3								
GRUPO A	15 AÑOS	3520	160	594400				
GRUPO B	15 AÑOS	3498	159	979060	2.54	.019	x	
HIPOTESIS 4								
GRUPO A	16 AÑOS	3437	137	516347				
GRUPO B	16 AÑOS	3508	140	569520	1.77	.070	x	

TABLA 1

MEDIA DE AMBOS GRUPOS



GRAFICA 2

**PUNTAJES OBTENIDOS DEL LAD. EN EL GRUPO " A
Y GRUPO " B " EN EDADES DE
14 AÑOS**

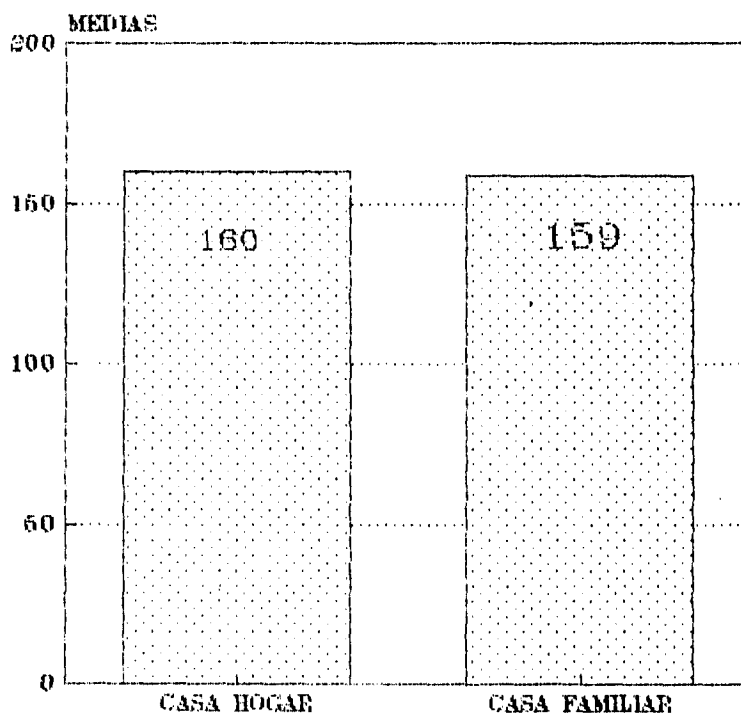
GRUPO " A "			GRUPO " B "		
	TOTAL DE PUNTAJES	\bar{X}_1	TOTAL DE PUNTAJES	\bar{X}_2	
SUJETOS:					
1	166	27556	200	40000	
2	226	51076	95	9025	
3	139	19321	130	16900	
4	148	21904	149	22201	
5	129	16641	146	21316	
6	168	28224	85	7225	
7	184	33856	213	45369	
8	219	47961	225	50625	
9	81	6561	117	13689	
10	197	38809	163	26569	
11	77	5929	94	8836	
12	195	38025	191	36481	
13	156	24336	125	15625	
14	117	13689	126	15876	
15	151	22801	58	3364	
16	249	62001	150	22500	
17	73	5329	169	28561	
18	228	51984	172	29584	
19	123	15129	82	6724	
20	180	32400	61	3721	
21	111	12321	140	19600	
22	106	11236	100	10000	
23	225	50625	63	3969	
24	89	7921	301	90601	
25	203	41209	142	20164	
26	90	8100	214	45796	
27	108	11664	111	12321	
28	185	34225	114	12996	
29	155	24025	241	58081	
30	225	50625	98	9604	
	<u>4703</u>	<u>815483</u>	<u>4275</u>	<u>707323</u>	

$$\bar{X}_1 = 156$$

$$\bar{X}_2 = 142$$

TABLA 2

MEDIA DE AMBOS GRUPOS



ADOLESCENTES 16 AÑOS

GRAFICA 3

**PUNTAJES OBTENIDOS DEL LAD. EN EL GRUPO " A
Y GRUPO " B " EN EDADES DE
15 AÑOS**

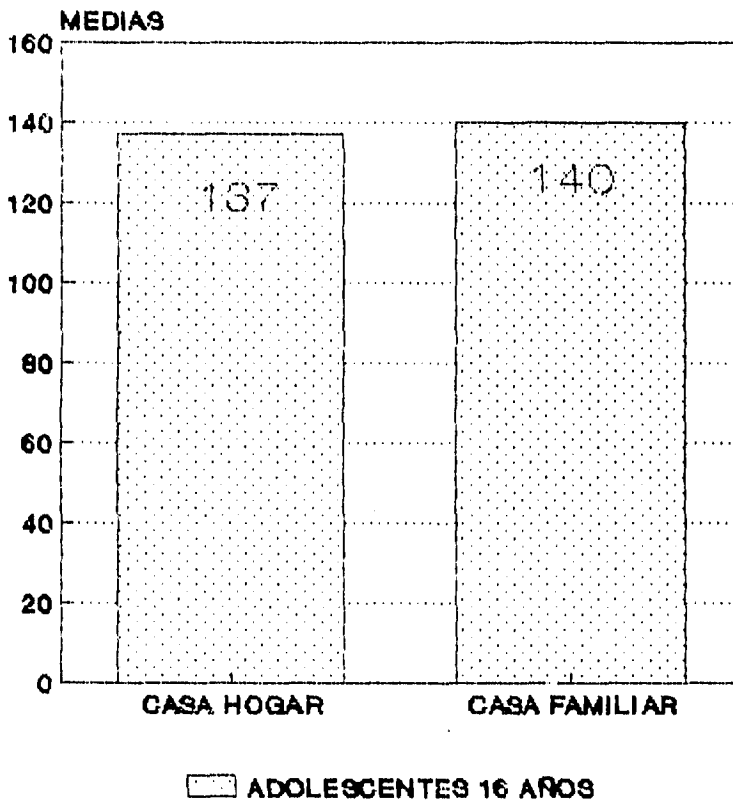
GRUPO " A "			GRUPO " B "		
TOTAL DE PUNTAJES		$\frac{2}{\bar{X}}$	TOTAL DE PUNTAJES		$\frac{2}{\bar{X}}$
SUJETOS	I	I		I	I
1	206	42436	130	16900	
2	133	17689	160	25600	
3	218	47524	263	69169	
4	81	6561	93	8649	
5	243	59049	116	13456	
6	216	46656	106	11236	
7	110	12100	79	6241	
8	177	31329	71	5041	
9	133	17689	81	6561	
10	250	26500	151	22801	
11	187	34969	244	59536	
12	164	26896	204	41616	
13	122	14884	340	115600	
14	119	14161	282	79524	
15	96	9216	207	42849	
16	148	21904	239	57121	
17	179	32041	181	32761	
18	145	21025	67	4489	
19	281	78961	139	19321	
20	119	14161	96	9604	
21	100	10000	108	11664	
22	93	8649	139	19321	
	<u>3520</u>	<u>594400</u>	<u>3498</u>	<u>679060</u>	

$\bar{X}_1 = 160$

$\bar{X}_2 = 159$

TABLA 3

MEDIA DE AMBOS GRUPOS



GRAFICA 4

**PUNTAJES OBTENIDOS DEL LAD. EN EL GRUPO " A
Y GRUPO " B " EN EDADES DE
16 AÑOS**

SUJETOS:	GRUPO " A "		GRUPO " B "	
	TOTAL DE PUNTAJES	\bar{x}_1	TOTAL DE PUNTAJES	\bar{x}_2
1	155	24025	134	17956
2	155	24025	114	12996
3	132	17424	252	63504
4	113	12769	192	36964
5	215	46225	177	31329
6	117	13689	172	29584
7	127	16129	197	38809
8	182	33124	96	7396
9	84	7056	87	7569
10	194	37636	78	6084
11	131	17161	68	4626
12	85	7225	189	35721
13	130	16900	147	21609
14	70	4900	130	16900
15	105	11025	88	7744
16	115	13225	277	76729
17	103	10609	73	5329
18	93	8649	197	38809
19	147	21609	76	5776
20	132	17424	127	16129
21	188	35344	141	19881
22	250	62500	84	7056
23	129	16641	155	24025
24	128	16384	101	10201
25	157	24649	164	26896
	<u>3437</u>	<u>516347</u>	<u>3506</u>	<u>569520</u>

$\bar{x}_1 = 137$

$\bar{x}_2 = 140$

TABLA 4

IV.2 CONCLUSIONES :

Una vez obtenidos los resultados estadísticos podemos tomar en cuenta que no existen diferencias significativas en los grupos de estudio en cuanto a los síntomas depresivos que pueden presentar las mujeres adolescentes en edades de 14, 15 y 16 años y que un grupo depende de casa hogar y el otro de casa familiar.

Observamos que mediante los resultados obtenidos podemos entender con seguridad que en casa hogar (que es nuestro grupo " A ") existe la preocupación real por tratar de brindarles a las habitantes de ese lugar un ambiente lo más análogo al que se podría encontrar en el ambiente familiar, procurando que las niñas que ahí viven no lo perciban como totalmente desastroso o como castigo, ya que sus padres no pudieron cuidar de ellas.

Habrà que ver el esfuerzo que existe dentro de casa hogar por que las encargadas de cada edificio (llamadas maini) tengan una función como las verdaderas mamás del ambiente familiar, donde se les dará responsabilidades a todas las integrantes del edificio, se les revisara sus tareas tanto de la escuela como de sus labores dentro del edificio y con las niñas más pequeñas, las cuales a su vez tendrán que obedecer a las mayores y en ocasiones verlas como "hermanas mayores" se procura que estén a gusto con las prendas que visten, el corte que tienen y los zapatos que se ponen, se hacen visitas a centros recreativos, sin estar por demás un castigo en caso de hacerse merecedoras del mismo y sobre todo al cumplir 15 años se les festeja de manera diferente a cuando se cumplen otras edades, ya dependerá de los familiares que decidan hacer otro tipo de festejo por su parte para estas jóvenes que en la cultura mexicana el cumplir esta edad es de manera sobresaliente.

Así también observamos como las adolescentes que cuentan con una casa familiar, donde la relación con los padres, los hermanos y otros familiares sea más estrecha, en muchas ocasiones se llega a contaminar por factores económicos, de rivalidad entre hermanos, poco involucramiento para con los hijos, y las malas relaciones con otros familiares y amigos o entre los mismos padres. Todo esto nos hace recordar que la muestra que se requirió para este estudio, además de padecer de lo antes mencionado también sufre de cambios tanto físicos como biológicos y psicológicos, ocasionando a los adolescentes la presencia de síntomas depresivos, y que la adolescencia es la etapa de la vida en la cual la manifestación de los síntomas no será nada similar a la manifestación que presentan los adultos, más bien la presencia de estos síntomas serán de tipo agresivo, tratando de ocultar y enmascarar sus verdaderos sentimientos.

Es así como recordando a Elos vemos que existe una estrecha relación en las transformaciones de la personalidad en la pubertad, donde el carácter grotesco y regresivo de la conducta del adolescente lucha por recuperar o retener el equilibrio psíquico

que hasta la pubertad había podido mantener, al igual que la distinción de ser o no ser, y por que esto último?, pues bien, recordamos que los cambios que sufre el adolescente le hacen sentir como pez fuera del agua, donde la identidad, la fidelidad y la seguridad se encuentran a un peso para saber manejarlas.

Lo anterior nos permite ver que esos puntos son la clave para experimentar los síntomas depresivos con mayor frecuencia en este estadio. el hablar de adolescente sin síntomas depresivos sería como hablar de juegos sin participantes, que habrá adolescentes que no manifiesten síntomas puede ser, pero que hay quienes tratan de ocultarlo también los hay.

La adolescencia es la puerta para entrar a la adultez por lo que A. Aberastury nos recuerda que en este estadio se sufre de tres pérdidas importantes, las cuales comienzan por la pérdida de aquel cuerpo infantil el cual está cambiando y no volverá más; la pérdida por la identidad infantil y su rol como tal, tendrá que ocuparse por aprender a optar por nuevos movimientos y su nuevo rol (la feminidad), y por último el duelo por aquellas figuras parentales, las cuales siempre les proporcionaron protección y auxilio en el momento que el infante lo requería.

Incluso podríamos responder que quizá en casa hogar las mujeres adolescentes pudieran presentar mayor número de síntomas depresivos por lo que no sería necesario aplicar algún instrumento para detectar en cual de los dos grupos existe mayor número de estos síntomas, así también podemos observar que los resultados obtenidos con el instrumento aplicado nos da la respuesta de que "no existen diferencias significativas de síntomas depresivos en mujeres adolescentes que viven en casa hogar y las mujeres adolescentes que viven en casa familiar" al igual que la diferencia de edades (14, 15 y 16 años), que podría diferir por el cambio de amistades que sufren algunas adolescentes en lo referente a la nueva experiencia del grado escolar tanto en el grupo "A" y el grupo "B".

Nos bastaría con reflexionar del porque de esa analogía de los síntomas depresivos en ambos grupos, siendo entonces que dentro de casa hogar se han preocupado por mantener una mejor estabilidad con las chicas que ahí viven y pese a que sus restricciones no son del todo agradables ni aceptables en estas, se asemeja a la convivencia del ambiente familiar y quizá otro de los factores importantes para que en esta población no se vean tan afectadas por la depresión sea que las pequeñas reciben cierto tipo de apoyo psicológico para mejora de su propio comportamiento, sus relaciones interpersonales y educativas, es así como desde chicas se logra ir formando una fortaleza psíquica y una mejor adaptación a su medio y el darles juicio de realidad del por que su estancia en ese lugar, sin llegar a tener en la mayoría de los casos rencores insostenibles y daños emocionales que les provoquen algún síntoma de relevante patología.

Pero que pasa entonces con los adolescentes de casa familiar? pues significa que tras la búsqueda de la mujer por encontrar una mejor estabilidad profesional, económica y social el involucramiento con la familia ha quedado sino en segundo lugar si se le ha restado interés por las actividades de los miembros de dicha familia, siendo además que la adolescencia necesita de un cuidado especial y comprensión esmerada, se vera fuera de contexto y con poco deseo de decidirse a dar el salto para formar parte de la sociedad adulta la cual se encuentra con un ritmo tan acelerado, de mayor competitividad, preparación en las actividades que se desea dedicar, que resulta preferible alargar ese paso para cuando llegue el momento de tener nuevas responsabilidades y compromisos para consigo mismos.

Y que decir de los padres quienes además de fungir como figura paterna soio de nombre (no siempre), en ocasiones que logran entablar un poco de cercanía con la familia, suelen discutir con su pareja, llegar a golpearse por algunas diferencias o por el plano económico, por ver a quien le toca hacerse responsables del comportamiento de sus hijos o simplemente por que en su vida ya existe una tercera persona la cual puede llegar a formar la nueva pareja de alguno de los dos padres del adolescente, ocasionando divorcios, separaciones etc., provocando tambien inestabilidad en los hijos. Y aunque este problema no es exclusivo de ningún nivel socioeconómico, si se puede percibir en estas.

Vemos pues como en ambos grupos del estudio, el ambiente en el que se desarrollan las adolescentes se asemeja en cuanto a la etapa que están cursando y a la responsabilidad que están por adquirir, la adolescencia como lo decia Dolto F. es un formidable crepúsculo el cual necesita de un talle muy especial y delicado para formar al futuro adulto, y no sera el descuido y el crecimiento en bruto lo que dará a ese crepúsculo el énfasis por luchar por las perspectivas que desea el adolescente, por tener una vida mejor y un apoyo donde fuera de ocultarse de una consulta psicológica, dará como resultado dicha consulta una mejor estabilidad emocional en el individuo.

No obstante con lo anterior se quiera decir que al adolescente no se le resten responsabilidades, pero siendo una etapa donde la depresión es vista como algo preexistente, así los conflictos, la envidia, el deseo de contar con un aliado le puede servir al adulto para poder mantener una mejor relación con los jóvenes, los cuales se encuentran llenos de energía para descubrir lo más rápido posible de que esta conformado el mundo y sus habitantes, es por tal motivo que les disgusta les sigan tratando como niños, pues su mayor interés es el de que les ayuden a volar pero quizá con un hilo fluorescente el cual se pueda mantener al pendiente para cuando se llegue a necesitar y no como un sosten insostenible el cual no puedan arrancar.

Generalmente al adolescente lo que más le preocupa es su cambio corporal, mental y emocional que sin dejar de lado los factores ambientales es propenso a sufrir constantes sintomas depresivos, los mecanismos de defensa se han vuelto más alertas, su carga

libidinal buscan descargarla con quien lo permita y con quien al no entenderles, le sigan el juego de que es la adolescente quien sera la que tiene la razón, desesperando al propio adulto por no saber que giro dar al comportamiento de la adolescente.

Sin embargo no todo es tan dramático ya que todo ese proceso ocasionara que el adolescente aprenda a controlar sus impulsos, afinar sus mecanismos de defensa, percibir de mejor manera el momento en que llegue el sintoma depresivo y pueda pedir ayuda sin verse afectada por la critica o la represión de sus padres (aunque esto no siempre es factible).

Desarrollando una mejor adaptabilidad al ambiente, a las nuevas personas que conocerá y las nuevas inquietudes por desarrollarse, no olvidemos que la relación que logre entablar con las personas del sexo opuesto marcara la pauta para que sus relaciones posteriores sean satisfactorias, viendo pues a un adulto totalmente comprometido en lo que realice y desee, identificando el tipo de persona que sea la indicada a su personalidad.

Sin olvidar que en la formación de la personalidad del adolescente estará la presencia aunque mínima de sintomas depresivos, es la nostalgia la que marcara la regresión no solo en esta fase de la vida de la persona sino tambien a lo largo de su vida lo cual se vera con mal pronóstico de acuerdo a como lo viva y lo supere la persona, ya que entre más cortos sean los periodos depresivos peor sera el pronóstico para esa persona y que aun estando consciente de lo que sucede y si no busca una ayuda profesional puede que no se obtengan los resultados favorables como los esperaria la persona.

Y por que tendria que cursar por nuevos periodos de depresión la persona? no hay duda de que a lo largo de la vida de un individuo se presentan muchas perdidas, como la separación de una persona querida, el divorcio, rechazos amorosos, las cuales tienden a manifestarse en regresiones, lo que implicaria la forma de haber superado las frustraciones, que haya podido superar la etapa de la pubertad y la adolescencia donde de manera más consciente se tiene una idea clara de como pudo resolver las pérdidas propia de la edad, y de forme más inconsciente las pérdidas que se tuvo durante la infancia y el nacimiento.

Sin lugar a duda la depresión puede manifestarse pero de manera enmascarada, acarreándole problemas al individuo de forma laboral, personal y emocional incrementando los sintomas y percatándose la persona hasta una vez ya encontrarse acorralada en el mundo de la desesperación y en ciertos momentos en casos donde no se puede llegar a remediar el comportamiento de pérdida de la persona que padecia de los sintomas depresivos.

Lo que más claro nos puede quedar de los sintomas depresivos no sólo es la manifestación como lo describe la clasificación sino que en la mayoría de los casos en los adolescentes su aparición es de manera irritable y agresiva: confirmando así las expectativas del investigador en cuanto a que no existen diferencias

significativas en los síntomas depresivos en ambos grupos del estudio, nos percatamos que la adolescente que ya ha sufrido la pérdida de ambos o alguno de los padres, la desintegración familiar etc. como sería el caso del grupo " A " se puede entender que a temprana edad han tenido una fuerza y forma de sustituir las pérdidas que una vez llegada la adolescencia resulta menos difícil enfrentarse a las nuevas pérdidas que se atravesasen en su camino.

IV.3 SUGERENCIAS :

Estamos conscientes de que la depresión a últimas fechas se ha apoderado de la mayoría de la población mexicana debido a múltiples factores que involucran a la mayoría de los miembros de una familia, es por lo mismo que la inquietud resalante sería:

* El poder realizar más número de investigaciones donde se puedan detectar los síntomas depresivos no solo en población de adolescentes, también en diferentes edades y sexos.

* El poder percatarnos si realizando el estudio en diferentes grupos de población, con niveles socioeconómicos diferente pudiera llegar a diferir en los síntomas depresivos.

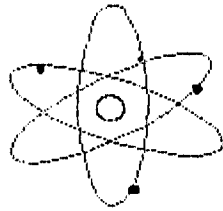
* El llevar la investigación a diferentes casas hogar donde no necesariamente se aplique con grupos dentro y fuera de casa hogar, sino que también puedan aplicarse para ver si varían los síntomas depresivos de diferentes casas hogar.

* Así también será interesante en cuanto a síntomas depresivos, compararlos con personas de casa hogar, pero que difiere en sexo.

* Se sugiere aplicar diferentes tipos de instrumentos, junto con el aplicado en esta investigación para determinar con mayor exactitud los síntomas y no el diagnóstico depresivo.

* El poder analizar cada uno de los adjetivos de LAD, y valorar de acuerdo a la edad de los sujetos que conformen la muestra.

A N E X O S



FAVOR DE CONTESTAR LO MAS RAPIDO POSIBLE Y DE MANERA CONFIABLE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DE LAS CUALES SUS RESPUESTAS QUEDARAN EN EL ANONIMATO.

SOLO MARQUE CON UNA " X " LA RESPUESTA QUE PARA USTED SEA LA CORRECTA Y AGREGUE LO NECESARIO EN CASO QUE SE REQUIERA:

* EDAD..... SEXO.....

* GRADO ESCOLAR.....

* TUS DOS PADRES VIVEN.... SI ____ NO Y CUAL DE LOS DOS TRABAJA..... SI HAY ALGUIEN MAS DE LA FAMILIA LO PUEDES ANOTAR.

* SI TE DIERAN A ELEGIR A TUS PADRES, ESCOGERIAS LOS MISMOS QUE TIENES O LOS CAMBIARIAS.... SI ____ NO , POR QUE, ESPECIFIQUE A CUAL.....

* CUANDO VIVISTE CON TUS PAPAS ELLOS SE PELEABAN, SEPARARON, DIVORCIARON O SE GOLPEABAN.....

* CUAL ES EL INGRESO ECONOMICO MENSUAL EN TU FAMILIA

* CUANTOS HERMANDOS TIENES....

* QUE LUGAR OCUPAS EN LA FAMILIA.....

* TE HICIERON O TE HARAN FIESTA DE QUINCE AÑOS.... SI ____ NO , SI ES NO PORQUE

* ALGUN MIEMBRO DE TU FAMILIA ES ALCOHOLICO... SI ____ NO Y QUIEN, O ALGUNA OTRA ADICCION.....

* CUANTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA.....

* SIENTES QUE TIENES MENOS DE LO QUE MERECE... SI ____ NO, POR QUE.....

* CUAL ES LA CAUSA DE TU INGRESO EN ESTE LUGAR.....

* TE AGRADA LA ESTANCIA EN ESTE LUGAR.... SI ____ NO, POR QUE.....

LISTA DE ADJETIVOS

EDAD _____ SEXO _____ .

ESTADO CIVIL _____ MAXIMO GRADO ESCOLAR _____ .

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y estados de ánimo.

Marcar dentro del continuo que va del 1 al 10, la opción que usted considera que más describe como se siente usted ahora-hoy.

El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar a 10, que implica el grado más alto de ese sentimiento.

DOO EJEMPLO:

Nada Contento ----- **Muy Contento**
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

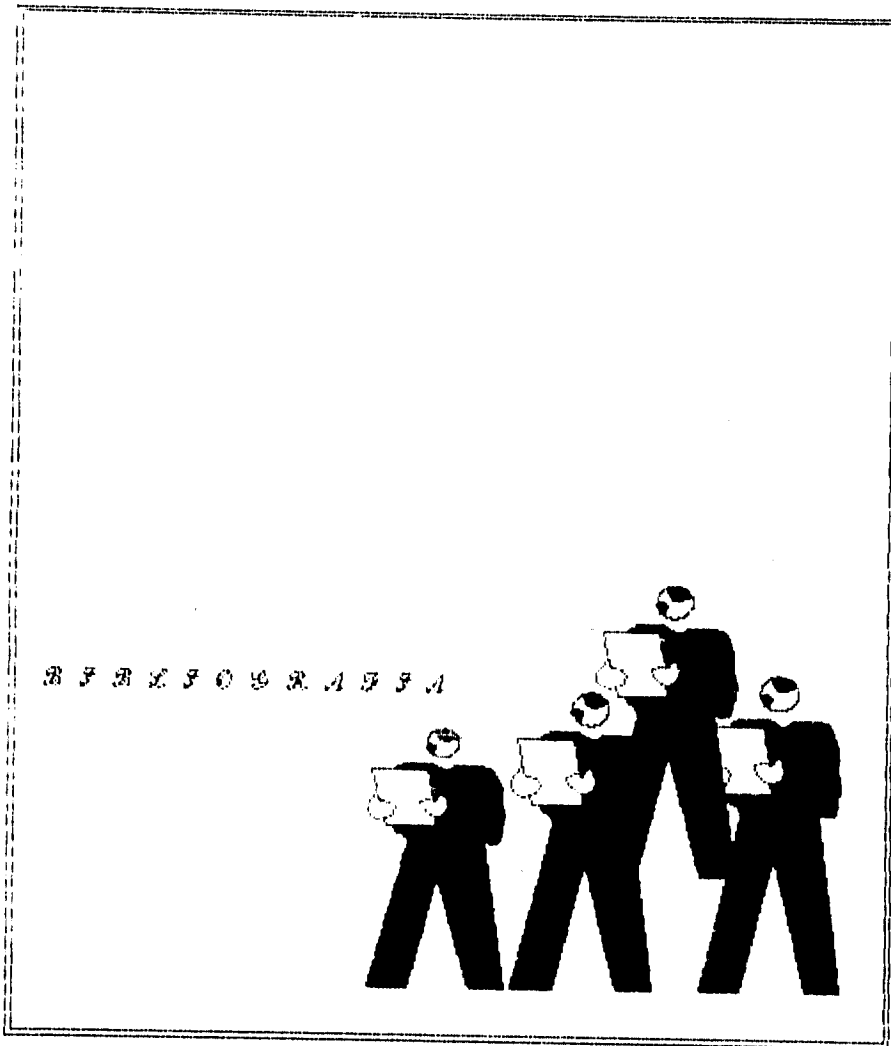
Si usted considera que se siente poco contento marcará el número 1 ó 2, pero si considera que se siente muy contento marcará el número 9 ó 10.

Marque por favor cómo se siente usted ahora. Evite dejar algún adjetivo sin contestar. GRACIAS.

TODO VALE LA PENA	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	NADA VALE LA PENA
NADA ACABADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ACABADO
NADA AGRESIVO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AGRESIVO
NADA MARGINADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MARGINADO
NADA MEDIOCRE	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MEDIOCRE
NADA ABURRIDO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ABURRIDO
NADA MALHUMORADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MALHUMORADO

NADA APATICO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY APATICO
NADA ABANDONADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ABANDONADO
NADA FASTIDIADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY FASTIDIADO
NADA ACORRALADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ACORRALADO
NADA COMPRENDIDO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY COMPRENDIDO
NADA CABIZBAJO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY CABIZBAJO
NADA DEVALUADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DEVALUADO
NADA RECHAZADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY RECHAZADO
NADA DEPENDIENTE	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DEPENDIENTE
NADA DESAFORTUNADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESAFORTUNADO
NADA ADOLORIDO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ADOLORIDO
NADA VULNERABLE	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY VULNERABLE
NADA DE FLOJERA	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON MUCHA FLOJERA
NADA DICHOSO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DICHOSO
NADA DESCORAZONADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESCORAZONADO
NADA ANSIOSO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ANSIOSO
NADA SOLO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SOLO
NADA AFLIGIDO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AFLIGIDO

NADA AUTOCOMPASIVO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AUTOCOMPASIVO
NADA FELIZ	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY FELIZ
NADA DESGANADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY DESGANADO
NADA ANGUSTIADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY ANGUSTIADO
NADA AGOBIADO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY AGOBIADO
NADA SATISFECHO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SATISFECHO
NADA MELANCOLICO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY MELANCOLICO
NADA NOSTALGICO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY NOSTALGICO
SIN CONFLICTOS	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	CON MUCHOS CONFLICTOS
NADA PESIMISTA	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY PESIMISTA
NADA SEGURO	----- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	MUY SEGURO



**** B I B L I O G R A F I A ****

- AGEPASTURY, A. La Adolescencia Normal. Ed. Paidós.
México 1994.
- ANDRADE, P. GONZALEZ, C. Revista Del Instituto Mexicano De
Psiquiatria. "Estresores Cotidianos, Malestas-
ros Depresivos E Ideación Suicida En Adoles-
centes. México 1994.
- ARIETI, S. Psicoterapia De La Depresión. Ed. Paidós.
México 1988.
- AXELROD, P. Una Alternativa Para Medir La Depresión.
Tesis de Maestría En Psicología Clínica. UNAM.
México 1987.
- AXELROD, P. La Depresión Puerperal, Un enfoque psicoanali-
tico. Tesis Doctorado En Psicología Clínica.
UNAM. México 1990.
- BLEICHMAR, H. La Depresión, Un Estudio Psicoanalítico.
Ed. Nueva Visión. Buenos Aires 1980.
- BLOS, P. Psicoanálisis De La Adolescencia.
Ed. Joaquín Mortiz. México 1992.
- BOWLBY, J. La Pérdida Afectiva, Tristeza y Depresión.
Ed. Paidós. Barcelona 1983.
- CALDERÓN, G. Depresión, Causas, Manifestación y Tratamiento
Ed. Trillas. México 1987.
- CAMMER, L. Salgamos De La Depresión. Ed. J. Vergara.
México 1985.
- CAMERON, N. Desarrollo y Psicopatología De La Personalidad
Ed. Trillas. México 1982.
- CERDA, E. Una Psicología De Hoy. Ed. Herder.
Barcelona 1985.

- COHEN, J. KAHN, J. Enciclopedia De La Vida Sexual De Los 14 a 17 Años. Ed. Vergara. Paris 1985.
- CHAVEZ, H. FIGUEROA, MA. Manual Sobre Adolescencia Para Los Psicólogos Clínicos. Maestría en Psicología Clínica. UNAM. México 1994.
- DEUTCH, H. La Psicología De La Mujer. Ed. Lozada. Buenos Aires 1960.
- DOLTO, F. La Causa De Los Adolescentes. Ed. Six Barral. Barcelona 1990.
- DOWNN, N.M. Métodos Estadísticos Aplicados. Ed. Harla. México 1973.
- ERIKSON, E. Identidad Juventud Y Crisis. Ed. laurus humanidades. Madrid 1990.
- ESTRADA, P. La depresión En Adolescentes Con Padres Alcohólicos. Tesis Licenciatura en Psicología. UNAM. 1992.
- FENICHEL, O. Teoría Psicoanalítica De La Neurosis. Ed. Paidós. Buenos Aires 1984.
- FREEDEMAN, A. Compendio De Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona 1970.
- FREUD, A. Neurosis y Sintomatología En La Infancia. Ed. Paidós. España 1984.
- FREUD, S. Psicoanálisis Del Niño. Ed. Paidós. Buenos Aires 1983.
- FREUD, S. Duelo y Depresión. Tomo XIV. Obras Completas. Ed. Amorrortu. Argentina 1914-1916.
- GALINA, L. Revista De Psicología "Para Todos" . Vol. 1. No 5. México 1987.
- GESSELL, A. El Adolescente de 10 a 16. Ed. Paidós. México 1987.

- GRINBERG, L. Culpa y Depresión. Ed. Alianza Universal. México 1983.
- GOLDMAN, H. Psiquiatría General. Ed. Manual Moderno. México 1989.
- GONZALEZ, C. Revista Mexicana De Psicología. Vol. 10. No 2. México 1994.
- HARRIS, H. Historia De La Melancolía y La Depresión. Ed. Turner. Madrid 1989.
- HARRIS, H. Problemas Emocionales De Los Adloescentes. Ed. Paidós. México 1990.
- HERRMAN, H. MCGORRY. AMJ. Psychiatry. "Hidden Severs Psychiatric Morbidity in Sentenced Prisoners An Australian Study". February 1991.
- HORNEY, K. Entrevista Psiquiátrica. Ed. Psique. Argentina 1980.
- HORROCKS, J. Psicología De La Adolescencia. Ed. Trillas. México 1987.
- INEGI. Cuaderno Estadístico Delegacional. Tlalpan. Distrito Federal. Ed. INEGI. México 1994.
- KAPLAN. SADDOK. Tratado De Psiquiatría. Ed. Salvat. Barcelona 1992.
- RISKER, G. La Personalidad Desorganizada. Ed. Trillas. México 1984.
- KLEIN, M. Amor Odio y Reparación. Ed. Hormé. Argentina 1967.
- KLEIN, M. Obras Completas. No 2. ed. Paidós. Buenos Aires 1947..
- KOLB. Psiquiatría Clínica Moderna. Ed. Prensa Médica. México 1973.
- MARK, S. GOLD. Buenas Noticias Sobre La Depresión. Ed. Javier Vergara. México 1988.
- MENDELS, J. La Depresión. Ed. Herder. Barcelona 1977.
- OLSSON, H. Revista. Los Pequeños Poderes. "La Mujer El Amor y El Poder" México 1986.
- ORTIZ, C. " Salud, Sexualidad y Adolescencia. Ed. Pax. México 1985.

- PAPALIA, D. MENDRÓS. Psicología del Desarrollo. Ed. Mc Graw Hill. Colombia 1992.
- PHILIPPE A. El Hombre Ante La Muerte. Ed. Taurus. Madrid 1983.
- PIAGET J. Psicología Del Niño. Ed. Morata. Madrid 1981.
- POLONIA A. LORENTE. La Depresión. Ed. Martinez Roca. Barcelona 1985.
- PONCE A. Ambición Y Angustia De Los Adolescentes. Ed. Cartago argentina. México 1985.
- RAMIREZ S. Revista. GRADIVA "Existe La Adolescencia" No 2 Vol. 1. México 1981.
- RAMIREZ S. Obras Escogidas. Ed. Linea. México 1983.
- RAMIREZ Y. Estudio Explorativo Sobre La Depresión En Adolescentes con Padres Alcohólicos. Tesis Licenciatura En Psicología Clínica. UNAM. México 1988.
- RAPOPORT L. La Personalidad Desde Los 13 a los 25 Años. Ed. Paidós. Buenos Aires 1980.
- ROCHEBLAVE S. El Adolescente Y Su Mundo. Ed. Herder. 1978.
- ROSSI R. Revista. "Instituto Mexicano De Psiquiatría". "Salud Mental" Vol. 13. No 1. Marzo 1990.
- STURGERON W. Depresión. ed. Grijalbo. México 1981.
- STONES, P. Revista. Fluoxetina "Clinical Therapeutics" Vol. 15 No 2. Nueva York 1993.
- TORRES M., HERNANDEZ E. Revista. Salud Mental. IMP. "Validez y Reproductividad del Inventario Para Depresión De Beck En Un Hospital De Cardio. Vol. 14 No 2 Junio 1991.

- VALDEZ M. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Ed. Massón. Barcelona 1995.
- VALLEJO J. FERREER. Trastorno Afectivo, Ansiedad Y Depresión. ed. Salvat. Barcelona 1990.
- WINNICOTT D. Realidad Y Juego. Ed. Gedisa. Barcelona 1993.
- ZAJECIA J. Revista "Consulta En Farmacología Clínica". México 1993.