



TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 3079-25

**“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: TERAPIAS
ALTERNATIVAS”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

KARLA SARAHIM ARRIAGA SANTIAGO.

ASESOR DE TESIS: CARLOS TOBÍAS RODRÍGUEZ SALAZAR

MÉXICO, D.F.

2014.



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.

“DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: TERAPIAS ALTERNATIVAS.”

ÍNDICE

Introducción	3
Capítulo 1: La Depresión	6
1.1 Qué es la Depresión	6
1.2 Depresión Endógena y Exógena	7
1.3 Antecedentes y contexto de la Depresión	8
1.4 Principales Síntomas	15
1.5 Fases de la Depresión	16
Capítulo 2: Adolescencia	18
2.1 Conceptualización y Encuadre de la Adolescencia	18
2.2 Características del Desarrollo en la Adolescencia	20
2.3 Consideraciones, Análisis y Crítica	24
Capítulo 3: Depresión en la Adolescencia	28
3.1 Depresión en el Adolescente	28
3.2 Factores de riesgo de la depresión en el adolescente	30
3.3 Características/Síntomas de la Depresión en adolescentes	34
3.4 Complicaciones y riesgos	36
3.5 Psicólogos y Diagnostico	38
Capítulo 4: Técnicas No Invasivas/Tratamientos Alternativos	39
4.1 Tensegridad o Pases Mágicos	39
4.1.1 ¿Qué es Tensegridad y qué son los Pases Mágicos?	40
4.1.2 Antecedentes	42
4.1.3 Objetivo	45
4.1.4 Técnicas	45

4.2 Psicología Positiva	57
4.2.1 Antecedentes	57
4.2.1.1 Salud positiva: del síntoma al bienestar	58
4.2.1.2 Salud Mental Positiva	59
4.2.1.3 Modelos Psicológicos del Bienestar	59
4.2.1.4 Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar	62
4.2.1.5 Bienestar psicológico	68
4.2.1.6 Resiliencia	71
4.2.2 Objetivo	72
4.2.3 Técnicas	73
4.3 Terapia Ocupacional	73
4.3.1 ¿Qué es la Terapia Ocupacional (TO)?	73
4.3.2 Antecedentes	74
4.3.2.1 Intervención de Terapia Ocupacional	76
4.3.3 Objetivo	76
4.3.4 Técnicas	76
Capítulo 5: Redes de Apoyo	77
5.1 Familia	78
5.2 Amigos	79
5.3 Compañeros y Docentes en la Escuela	80
5.4 Ayuda Terapéutica	81
Conclusiones	83
Documentos de Consulta	87
Páginas Electrónicas	90

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis quisiéramos comenzar explicando las razones que nos permitieron obtener la motivación suficiente, además del interés, para trabajar con el tema “Depresión en Adolescentes: Terapias Alternativas”.

Este tema nos pareció de gran importancia ya que la depresión, como fenómeno de análisis, al paso del tiempo ha cobrado un especial significado, principalmente por sus implicaciones en la creatividad, vitalidad y dinamismo de la persona que la padece, aspectos que desde siglos atrás y recientemente han ocupado el interés de investigadores, médicos, psiquiatras, psicólogos y terapeutas, enfatizando la trascendencia que realmente tiene en el comportamiento humano.

Es común encontrar en el análisis de la depresión múltiples y polémicas opiniones, que se polarizan en dos vertientes; identificando por un lado a quienes suponen que la depresión es un padecimiento simple o bien que no necesita de atención especializada; en oposición a tal planteamiento hay quienes mitifican su impacto y delegan absolutamente el resultado de su tratamiento a quienes desde diferentes perspectivas intervienen para ofrecer alguna solución. Sin embargo la depresión, al alcanzar niveles intensos de afectación en la persona, podría llegar a producir no solo estados de tristeza y desánimo relativamente permanentes y acentuados, sino incluso acceder a extremos de radicalismo existencial como el suicidio.

Con respecto a la adolescencia, caso que en particular aquí nos ocupa, resulta pertinente señalar que si bien es una etapa por la que todos atravesamos, se pasa por un proceso en el que a nivel personal intervienen cambios físicos, emocionales y psicológicos con diferentes manifestaciones, a grado tal de que, en múltiples ocasiones y por las características propias de su expresión, estos cambios son igualados o identificados, en la percepción de sentido común, como “rebeldía”, “caos”, “confusión”, “problemas”, “trastornos”, “inadaptación”, “inseguridad”, “edad llena de conflictos e indefinición”, “del despertar sexual abrupto” etc., referencias que son no solo imprecisas sino incluso erróneas.

En este sentido, si al adolescente no se le apoya o prepara con información o herramientas adecuadas para su mejor desempeño, es muy probable que pasará por esta etapa de su vida con muchas complicaciones y equivocaciones que le hacen más difícil el recorrido y mayores sus conflictos y consecuencias.

Otra razón importante para hacer esta tesis, es la experiencia personal de quien esto escribe, ya que al fallecer mi abuela paterna y, paralelamente, aparecer todos estos cambios de la adolescencia se “asomó el rostro oscuro” de la depresión ya que se generó cierta culpa al no poder despedirme de ella; además se sumaba esta situación al cambio de escuela, la presión de las materias, lograr entrar en un grupo de amigos, y los cambios físicos complicados, cosas que acarrearón un gran malestar y múltiples presiones, al punto de solicitar ayuda a mis padres, quienes recomendaron que asistiera a una terapia psicológica la cual, cabe decir, resultó de gran ayuda para enfocarme en las prioridades y superar las dificultades del momento.

La experiencia personal y el conocimiento adquirido con el estudio del tema, nos permite asegurar que es indispensable dejar de ver a los adolescentes como problemáticos durante esta etapa, quitar la etiqueta de que viven “la edad difícil” y brindarles el mejor apoyo e información más real, significativa para que ellos puedan hacer sus propios juicios y logren tomar las decisiones que les resulten más acertadas.

Ante tal situación, el objetivo de esta tesis es proporcionar información pertinente para la comprensión del tema, esperando que permita a los lectores acceder a formas de pensamiento más flexibles y receptivas para, con esto, poder entender a los adolescentes; saber que no es fácil esta etapa y menos si se está solo y sin apoyo. En resumen, que por ejemplo se identifique y reconozca cuando es una “rabieta pasajera” o una “depresión”.

El aporte fundamental de este trabajo consiste en divulgar la aplicación efectiva de técnicas novedosas, que apenas en años recientes se están difundiendo en mayor escala, como son: los Pases Mágicos, la Psicología Positiva, la Resiliencia y la Terapia Ocupacional. Técnicas que, como veremos en el contenido de este trabajo, resultan poco convencionales en el contexto de investigación de nuestra cultura escolar-académica, no así en el ámbito de la intervención psicoterapéutica; sin embargo, son muy dinámicas y bastante efectivas por los beneficios que reportan.

En este sentido, es nuestro propósito proporcionar nuevas herramientas, técnicas e información basadas en el manejo y distribución de la energía corporal y en la actitud positiva con que deben enfrentarse los diversos acontecimientos de la vida cotidiana, para lograr un cambio “desde adentro” no solo en la conducta manifiesta.

En el capítulo uno se explica qué es la depresión, anotando distintos conceptos que se manejan alrededor del mundo y por distintas instituciones que existen; así mismo, comentamos su sintomatología y características, que pueden servir como referencia para permitir a un padre o madre de familia percatarse de si su hijo adolescente está pasando por una depresión.

También, dentro de este capítulo, hacemos notar los distintos tipos de depresión y algunas de las características para identificarlos. Con tal propósito, presentamos antecedentes de la depresión, desde la Grecia antigua, pasando por la Edad Media y hasta la época actual, mencionando algunos de los autores representativos.

En el capítulo dos hablaremos sobre la adolescencia, conceptos que se manejan y diversas características, como son los cambios físicos, emocionales y psicológicos por los que pasa el niño o niña al llegar a esta edad. Así mismo, vertimos algunas consideraciones sobre la adolescencia hoy en día, y un análisis descriptivo con respecto al tema de la adolescencia

En el capítulo tres abordaremos específicamente el tema de esta tesis, “Depresión en la Adolescencia”, donde explicaremos las causas e incidencias de la depresión en los adolescentes, así como diversos factores que intervienen en ella y algunos tipos de su clasificación. Señalamos, de igual modo, un conjunto de síntomas que se presentan en el adolescente, los cuales indican su aparición a los padres y los psicólogos para que los atiendan; aunado a los síntomas veremos aspectos esenciales para definir el cómo y con qué se puede confirmar el diagnóstico, que sirve para decidir tratamientos adecuados. Finalmente, ofrecemos algunos datos, los cuales esperamos contribuyan a prevenir la depresión, con la intención de que se “tejan” redes de apoyo y contención para el adolescente.

En el capítulo cuatro proponemos algunos Tratamientos Alternativos, detallando las características y objetivos de cada uno de ellos: Psicología Positiva y Pases Mágicos, incluyendo también una terapia que, a pesar de ser ya conocida tenemos la firme creencia de que puede complementar las terapias señaladas. También se describen las técnicas de cada propuesta, indicando como realizar cada ejercicio o técnica para poder aplicarlo con los adolescentes.

El último capítulo trata acerca del apoyo fundamental que cumplen las Redes de Apoyo para acompañar, contener y aconsejar a quien tiene el padecimiento; con tal fin se describen sus características, haciendo énfasis en su importancia para la recuperación del adolescente. Destacamos, de igual modo, como estas redes complementan la terapia y la forma en que se puede involucrar a los sujetos en ellas, para ofrecer mayor apoyo al adolescente.

Este trabajo de tesis fue asumido como un reto personal y profesional, esperando pueda ser de utilidad en la comprensión y tratamiento de este fenómeno, desde diferentes disciplinas y para las múltiples personas que llegaran a verse afectadas.

Finalmente, consideramos que si los psicólogos se informan y aplican, de la mejor manera, las técnicas que aquí presentamos, ganarán experiencia, credibilidad, confianza y calidad en el trato, proporcionando las bases para elaborar un plan de trabajo y la obtención de resultados que promuevan la recuperación efectiva del paciente adolescente, permitiéndole retomar de nuevo el curso creativo y productivo, armonioso, de su vida.

CAPÍTULO 1: LA DEPRESIÓN.



Imagen 1: Depresión

1.1 Que es la depresión.

En base a lo investigado en el presente trabajo, para la Tesista, la depresión es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, puede tratarse de algo situacional o quedar “instalado” de forma estable y permanente en la persona. Quienes llegan a padecer de depresión son incapaces de experimentar placer en las actividades cotidianas que en algún momento de su vida disfrutaron; están cansadas y apáticas, en ocasiones, a extremo de no poder tomar decisiones sencillas.

Pueden llegar a sentir que han fracasado por completo en su vida y tienden a culparse de problemas propios y ajenos. La gente gravemente deprimida a menudo sufre de insomnio y pierde interés en diversas actividades y placeres, como la comida o el sexo, entre otros. Con frecuencia llegan a presentar problemas para pensar o concentrarse, incluso encuentran difícil leer y, en casos extremos, no se permiten siquiera conversar. Los primeros signos de inicio de la depresión suelen ser la dificultad para concentrarse y cambios sutiles en la memoria a corto plazo (Williams Et., Al., 2000) en casos muy serios la gente deprimida se ve atormentada por pensamientos suicidas e incluso pueden intentar suicidarse (Cicchetti Coht, 1998)

Una definición que se manejará en este trabajo de tesis es la que da la OMS (Organización Mundial de la Salud), quien define a la depresión como:

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede tornarse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.” (OMS, 2012)

Cabe decir que actualmente la depresión es clasificada por la OMS “como una enfermedad, que puede presentarse a cualquier edad, hasta en la infancia, aunque es mucho más frecuente y, por lo regular, más grave en la adolescencia.”

“Las oleadas de dolor que apenas me habían rozado hasta ese momento, se alzaron y barrieron mi mente, hundiéndome con su fuerza. Y no salí a la superficie...” (Stephanie Meyer, 2007)

Otra definición la encontramos en el manual de clasificación de los trastornos mentales “*DSM-IV*”; documento que señala a la depresión:

“Como una enfermedad mental, la cual consiste en un trastorno del estado de ánimo. Uno de los síntomas comunes es la presencia de episodios de abatimiento e infelicidad y que en su duración pueden ser temporales o permanentes. Hay indicios que apuntan a que se trate, también, de un trastorno cerebral, identificando como la principal zona del cerebro responsable de la misma a una diminuta región que se encuentra ubicada en la corteza pre frontal.” (DSM-IV, 2012)

1.2 Depresión Endógena y Exógena.

Resulta conveniente hacer hincapié en otras definiciones que son de importancia en la comprensión general de este trastorno, como el de la ***depresión Endógena y la depresión Exógena***, las cuales son dos tipologías principales que caracterizan aspectos definitorios de la enfermedad depresiva.

La depresión ***Endógena***, de índole fisiológica (también llamada melancolía), se presenta sin causa externa aparente, ni por factores desencadenantes; como por ejemplo un divorcio. Se considera que está relacionada con una alteración en la producción orgánica y flujo de diversos neurotransmisores, o del balance químico del cerebro. En este sentido, representa una forma particular de trastorno depresivo, con alteraciones de pensamiento, emocionales y motoras específicas. Es por esto que se considera, en el ámbito médico psiquiátrico, como un subtipo de depresión mayor, por lo que, para efectos de tratamiento, se le reconoce como una depresión grave.

Recibe también los nombres de "*melancolía*" o "*depresión autónoma*", entre otros.

En la dimensión endógena, la condición depresiva es atribuible a factores físicos o genéticos que producen cambios hormonales o desequilibrio en ciertas sustancias de neurotransmisores que intervienen en el cambio psicoconductual. (*Calderón, 1990*) La persona melancólica es incapaz de adecuar sus reacciones emocionales a las situaciones ambientales durante la enfermedad, es decir, mantiene suprimida su capacidad de reacción emocional, razón por la que, como consecuencia, “no le importa nada” de lo que pasa alrededor de ella. La depresión endógena, en el contexto del modelo médico psiquiátrico tradicional, no es modificable voluntariamente; se experimentan episodios caracterizados por la falta de funcionalidad con el entorno, sentimientos de inhibición e incapacidad para enfrentar el futuro, desconexión con aspectos básicos de su medio social, dificultad para realizar cualquier esfuerzo, falta de esperanza, y una sensación de extrañeza frente al propio estado depresivo que se está vivenciando. (*Navarro, 1990*)

- ***Subtipos de Depresión Endógena.*** Hay dos subtipos donde las causas fundamentales se derivan del funcionamiento orgánico, principalmente, aunque pueden correlacionarse con agentes exógenos:

La depresión posparto. Generalmente se atribuye a desajustes hormonales propios del embarazo y el periodo de reajuste posterior al parto. Se caracteriza por cambios alimenticios y en las horas de sueño, autoestima, sentimientos de culpa y sentirse poco capaz de salir adelante ante su nuevo estilo de vida (*López, 2006*)

La depresión inducida por sustancias. La característica esencial de este trastorno inducido es una marcada y persistente alteración del humor debido a efectos fisiológicos inducidos por una sustancia o varias: tóxicas

(plomo, mercurio, alucinógenos, etc.), neurolépticos (pueden provocar la depresión secundaria) o corticoides (en el corto plazo pueden producir excitación y euforia, ya que bajan los niveles a largo plazo y se puede provocar depresión). (Márquez, 2011)

En cuanto a la Depresión ***Exógena o Reactiva***, cabe señalar que se caracteriza por sentir una gran tristeza, apatía, cansancio, además del paulatino desinterés por actividades que habitualmente se realizaban; es una sensación identificada coloquialmente como de que “nada vale la pena”. Es común que surja como una reacción extrema ante cierta emoción exterior muy fuerte, como la muerte de un ser querido, el final de una relación amorosa o incluso por los efectos de una pérdida material o financiera, reacciones que dependen de la forma en que las asume cada sujeto, razón por la cual pueden variar en sus manifestaciones.

En esta dimensión predomina el conflicto exterior, o de la personalidad, donde influyen factores ambientales, sociales, familiares y personales. Además, está caracterizada por un estado anímico que consiste en abandonarse en la desesperanza, generando apatía, abatimiento, enojo, rencor y baja estima. Lo cual a su vez provoca que el individuo que padece depresión se considere incapaz de incidir en el medio que le rodea a través de sus acciones para poder cambiar la situación que lo aqueja y encuentra como única alternativa sufrir y resignarse, es por eso que Seligman, manifiesta que la depresión humana es una capacidad aprendida (Bar Din, 1989)

En el ámbito de las terapias alternativas y para este trabajo de tesis tal postura es, en el menor de los casos polémica y cuestionable. Para disponer de elementos que posibiliten una interpretación al respecto remitimos al lector a los planteamientos del médico especialista ***Mario Alonso Puig*** en el artículo titulado ***“Lo que el corazón quiere la mente se lo muestra”***, documento en el que se hace referencia a las caracterizaciones del área de trabajo e investigación denominada psiconeuroinmunobiología.

“Seguía sin olvidar la pesadilla ni todo aquello que me dañaba. Los ojos se me llenaban de lágrimas, incluso a pesar de que diera de cabezazos hasta sacarme esas imágenes de la cabeza, y el dolor comenzaba en un enorme agujero que ha sido perforado a través de mi pecho, el cual me abrazaba para intentar mantener todo unido” (Stephanie Meyer, 2007)

1.3 Antecedentes y Contexto de la Depresión.

Inicialmente, la depresión fue denominada melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis") y frecuentemente confundida con ella, la depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. Podemos ver que a lo largo de la historia de la humanidad se evidencia a través de escritos y de obras de arte; incluso mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, era conocido por los principales tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra inicialmente en ***Hipócrates***, aunque fue hasta el año 1725, cuando el británico ***Sir Richard Blackmore*** rebautiza este cuadro sintomático con el término actual de *depresión*.

Durante el nacimiento de la psiquiatría clasificada como científica, en el siglo XIX, su origen y tratamientos, de la depresión y de otros trastornos mentales, oscilan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.) pero, a través del despliegue impactante y exitoso de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más. En este sentido, el éxito de los modernos antidepresivos (especialmente la fluoxetina, más conocida por uno de sus nombres comerciales: Prozac, y rebautizada como *píldora de la felicidad*) ha reforzado el mito del fármaco de la sociedad de finales del siglo XX y de este siglo XXI.

Es de gran importancia señalar que con este trabajo no se pretende etiquetar o señalar a la depresión como una enfermedad, sin embargo dado que desde épocas remotas de ese modo se le consideraba, así será la referencia para esta tesis. La medicina oficial moderna, considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o limite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica, el cual es susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia. (*Aldo Conti, Norberto 2007*)

Empezaremos ahora un recorrido a épocas pasadas, para saber cómo es que antes se conocía la depresión, quienes hablaban sobre ello, sus teorías y como es que la gente de épocas pasadas veía a la depresión.

La Antigüedad Clásica: Es la *cultura griega clásica* la primera en abordar, de manera explícita este trastorno del ánimo, sin recurrir a metáforas o descripciones literarias. El modelo médico griego se fundaba en las variaciones hereditarias cuya influencia determinaba la aparición de las diferentes enfermedades. El predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento, según la teoría propuesta por *Hipócrates*, pero también la aparición de diferentes enfermedades; siguiendo ese modelo, los temperamentos posibles eran llamados sanguíneo, colérico, melancólico y flemático.

El temperamento es conocido como la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación, es la manera individual de reaccionar a los diversos estímulos ambientales. Por ejemplo, se decía del colérico que es rápido, muy activo, práctico en sus decisiones, autosuficiente y sobre todo independiente. Se considera que es muy determinado, firme y decidido en sus opiniones, y se enoja con facilidad. Por el contrario, el melancólico es sensible, aunque poco reactivo, ya que tiende al pesimismo, temor, tristeza y pasividad.

“Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía” (Hipócrates, 460-370 A.C.)

A pesar de los errores en la “teoría de los humores”, *Hipócrates* no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los melancólicos: el temor y la tristeza. Es como consecuencia de esta tristeza que los melancólicos odian o desprecian, según *Hipócrates* parecen estas personas continuamente apenadas y llenas de miedo.

Areteo de Capadocia, notable médico romano del siglo I, describía la melancolía como una frialdad del ánimo, obsesión con un pensamiento, con una tendencia a la tristeza y a la pesadumbre. *Celso*, por su parte, planteó y desarrollo algunas consideraciones sobre el tratamiento, estas incluyen terapias ambientalistas, de distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente o viajes periódicos a otros países, aunque también señala algunas propuestas de tratamiento corporal farmacológico como la sangría, o purgas estomacales a base de eléboro blanco.

Sorano de Éfeso, principal representante de la *escuela metodista*, consideraba la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo. Rechazó la teoría de los humores, creía que su origen estaba en el estómago (*stomachus*). *La escuela neumática* (seguidora de la teoría del *pneuma*, para la cual la vida es consecuencia de un flujo o «pneuma» permanente de partículas en movimiento), opuesta a la metodista y representada por **Rufo de Éfeso,** también se opuso a la teoría humoral y proponía una clasificación visionaria en melancolías congénitas y adquiridas, además de incluir una descripción prosopográfica del perfil de

cada paciente melancólico: ojos saltones, labios finos, piel oscura o exceso de vello corporal. Menciona también la existencia de una *melancolía de los hipocondrios* o hipocondría, y achaca la misma a una excesiva actividad del pensamiento. Aún persiste la relación entre la depresión y el tracto digestivo ya que "la época en la que aparece menos es el invierno, porque la digestión se produce sin alteraciones en esa estación".

La Escuela Ecléctica, abanderada por **Areteo de Capadocia**, mantuvo el origen humoral de la enfermedad y recogió por primera vez el concepto de melancolía amorosa, además de relacionar la melancolía con su situación clínica contraria, la manía. **Claudio Galeno de Pérgamo**, principal figura médica de la Roma antigua, mantiene en el siglo II D.C. los postulados hipocráticos, subrayando de nuevo la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza.

Edad Media: la medicina de la Edad Media en Europa mantiene, en general, intactos los postulados clásicos de los "cuatro humores" pero la influencia del cristianismo como aglutinador cultural en la interpretación de las "pasiones del alma" abre la vía de una nueva concepción de la enfermedad.

El médico enciclopedista **Oribasio de Pérgamo** repite la letanía hipocrática de los dos síntomas principales de la melancolía, el miedo y la tristeza y cita también a **Rufo de Éfeso** al afirmar que el mejor tratamiento contra la melancolía es el coito, porque "hace desaparecer las ideas obsesivas del alma y aquietar las pasiones desbocadas". **Alejandro de Tralles** incluye la melancolía dentro de un grupo mayor de tipos de locura. Según este autor podía deberse: a un exceso de sangre, que hace que los vapores asciendan al cerebro; a una obstrucción del flujo sanguíneo, esto hace que se ocasione una obstrucción en el cerebro; o bien debido a un exceso de bilis negra, resultante de la transformación de la sangre y que también produce ciertos vapores que ascienden hacia el cerebro.

Pero es el gran médico bizantino, **Pablo de Egina**, quién en su *Epítome, Hypomnema o Memorandum* registrara por primera vez el error de asimilar melancolía y posesión demoníaca: *La melancolía* es un trastorno del intelecto sin fiebre. Los síntomas comunes a todos ellos son el miedo, la desesperación y la misantropía. Algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir; otros ríen constantemente, y unos más sollozan; hay quienes se creen impelidos por "altísimas" instancias, y predicen el futuro, como si estuvieran bajo la influencia divina; y a estos, por ello, se les llama endemoniados o posesos.

Avicena, en su Canon de medicina, menciona la melancolía, y lo hace siguiendo los dictados de **Rufo de Éfeso** y de **Galeno**, y con pocas aportaciones novedosas. **Al-Razi**, médico jefe del hospital de Bagdad, fue el primero en poseer una sección dedicada a los enfermos mentales, enfatizó en su obra médica la necesidad de valorar los aspectos psicológicos del paciente a la hora de hacer una valoración global. Sobre la melancolía, anticipó un método de tratamiento que actualmente podría interpretarse como psicodinámico, consistente en recomendar al paciente trabajos que le liberen de su ociosidad y la conversación frecuente con personas juiciosas que le muestren lo infundado de sus preocupaciones.

Europa: **Constantino el Africano**, asumió que la melancolía puede aquejar al espíritu más que otras enfermedades somáticas. Siguiendo este tratado estableció diferentes tipos de melancolía: la hipocondríaca, ubicada en la boca del estómago y otra en alguna zona profunda del cerebro. Como **Hipócrates**, señaló que el temor y la tristeza serían las repercusiones. La definición de la tristeza es la pérdida del objeto amado. "Cuando los efluvios de la bilis negra, afirmaba **Constantino**, suben al cerebro y ocupan el lugar de la mente, llegando a oscurecer su luz, la perturban y sumergen, impidiéndole que comprenda lo que solía comprender, y que además

es menester que comprenda. A partir de esto la desconfianza se vuelve tan mala que se imagina lo que no debe ser imaginado y hace temer al corazón las cosas más temibles.

Todo el cuerpo es afectado por estas pasiones, pues necesariamente el cuerpo sigue al alma (*El cuerpo sigue al alma en sus acciones y el alma sigue al cuerpo en sus accidentes*). Por consiguiente se padece vigilia, malicia, hay demacración, alteración de las virtudes naturales, que no se comportan según lo que solían, mientras estaban sanas". En la segunda parte de la traducción de *Constantino* se enumeran algunas pócimas y jarabes útiles frente a los diferentes tipos conocidos de melancolía. Desde una perspectiva religiosa, en épocas pasadas, a la melancolía se le categorizó como "demonio", era entendida como una tentación o pecado, pasando a denominarse acedia o *apátheia* (desidia, apatía).

San Isidoro de Sevilla indicó cuatro defectos derivados de la tristeza; el rencor, la pusilanimidad, la amargura y la desesperación, y siete de la acedia; la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, así como la inestabilidad, la verbosidad y la curiosidad. **Evagrio Póntico**, monje asceta apodado "el solitario" describe sus ideas en varios textos que fueron recogidos en la Filocalia, insistiendo en ese concepto de apatía, la cual conduce a la falta de diligencia.

Renacimiento: La principal novedad despuntada en los albores del período humanista conocido como Renacimiento es la descripción aristotélica del conocido temperamento melancólico y su relación con el genio artístico y la locura creativa. **Marsilio Ficino**, en el siglo XV analizó la obra de **Aristóteles** (*Problemata XXX*) desde esa perspectiva y propuso que las personas con una mayor cantidad de bilis negra poseen unas dotes especiales para la creación artística. Con esta idea anticipa el ideal de la melancolía creativa, o de la *spes thysica* (capacidad creativa inducida por la tuberculosis en sus fases finales) desarrollado por el movimiento romántico varios siglos después.

Timothy Bright (1550-1615) publicó en 1586 una descripción del cuadro clínico de la melancolía, bajo los preceptos (todavía) de la teoría humoral; poco después **André de Laurens**, médico, que publicó otro tratado de mucho éxito titulado "*Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez*", en el que aportó la idea de que la bilis negra puede ser calentada y, con esto, se produciría un estado espiritual (*enthousiasma*) que induce al hombre a la filosofía o la poesía.

Pero la figura más importante del *Renacimiento*, en relación con la melancolía, fue **Robert Burton** (1577-1640), quien dedicó casi toda su vida a redactar, de manera minuciosa, una "Anatomía de la Melancolía" (publicada en 1621), un largo ensayo médico y filosófico en el que resumió todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. En sus tres tomos se ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una sola causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Puede localizarse, al modo clásico, en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías; de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía. La obra concluye con un extenso poema, resumen del autor de su concepto de melancolía.

Edad Moderna: Las transformaciones de la sociedad, el informarse más acerca de la depresión y los escritos producidos a partir del siglo XVII, determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía.

Thomas Willis (1621-1675) será el primer médico en rechazar propositivamente la teoría de los cuatro humores, y atribuirá a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Mencionó cuatro tipos

de melancolía, de acuerdo a su origen: La debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histórica", cuyo origen se encontraría en el útero.

Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema, en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología; sin embargo, es quien introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general desarrollados poco después por **John Locke**, el más notable de sus discípulos.

Pitcairn, a comienzos del siglo XVIII escribía que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podía afectar al flujo de los espíritus de los nervios (según la teoría de **René Descartes**) generando los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía. **William Cullen** se dedicó durante la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar minuciosamente las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de neurosis, o "enfermedades nerviosas", según la nueva nomenclatura fundada en los recientes hallazgos neurofisiológicos. Un exceso de torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa sería la causa principal de la melancolía, dándose con este autor definitivamente por abandonada la bimilenaria teoría humoral.

Richard Blackmore mencionó por primera vez en 1725 el término depresión, pero aún pasarían muchos años antes de que sustituya al más clásico de melancolía.

Los siglos XIX y XX: La revolución francesa y su vástago, la revolución industrial, cambiarán definitiva y completamente el modo de entender a la persona enferma y, especialmente, a la enfermedad mental. El padre de la psiquiatría moderna, **Philippe Pinel**, llega a la medicina después del intenso estudio de las matemáticas, esto le permite disponer de una óptica ligeramente diferente a la del resto de médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de *causas morales* (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados, etc.). Aseguraba que, sin atacar a esas causas no se podía tratar la melancolía, denominada por él como un delirio parcial o delirio sobre un objeto. **Jean-Etienne-Dominique Esquirol**, abordó la reforma psiquiátrica de espíritu positivista, que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Adoptó el término de monomanía para algunos tipos de melancolía, y apuntó por primera vez, de manera muy adelantada, a la "enfermedad" (llamada *monomanía instintiva*) como causa de determinados comportamientos delictivos. Aquí es cuándo comenzará el proceso que culmina en pleno siglo XX de identificación (y confusión, en algunos casos) entre el trastorno anímico (conocido como tristeza patológica) y enfermedad mental (depresión).

Pero esas descripciones nosológicas de **Pinel y Esquirol** pronto se demuestran como síndromes, más que como entidades propias. La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a tipificar a los pacientes. En este contexto **Jean-Pierre Falret** describe en el año 1854 la locura maniaco-depresiva, en su tratado denominado: "*Acerca de la locura circular como una forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y la melancolía*".

A medida que avanzó el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o la depresión, que van adquiriendo mayor especificidad y claridad. Es en las primeras décadas del siglo XX que el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático. La OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya

sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y de los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La biopsiquiatría ha llegado aún más lejos, explicando el modo en que a través de diversos mecanismos farmacológicos y con la interacción de determinados neurotransmisores se influye en el desarrollo de múltiples trastornos identificados como mentales, entre los que se encuentra, evidentemente, la depresión.

"Las palabras son una medicina para el alma que sufre" (Esquilo, 525-456 A.C.)

En la actualidad, la depresión ha llegado a ser considerada como la enfermedad del siglo XXI y, para el caso de México, se estima que afecta al menos a 10 millones de personas y, de ellos, arroja que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%) Adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, ocupan el primer lugar en sectores vulnerables, en segundo lugar se ubican personas adultas y en tercer sitio adultos mayores; sin embargo se ha detectado un incremento en niños menores de 10 años. En el mundo son alrededor de 350 millones de personas las que padecen depresión, datos que pueden obtenerse de la OMS y de la ***Secretaría de Salud en México (2012)***

La depresión es un trastorno del estado de ánimo al que en épocas pasadas se le prestaba muy poca atención, en años recientes se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida de un gran número de vidas saludables, es decir, con una estabilidad emocional estable, llegando al punto que en algunos casos las personas terminan con su vida. En México, sobresale el incremento en el número de las muertes auto provocadas; prácticamente, vemos que se duplicaron en una década, al pasar de mil 405 en 1990 a dos mil 736 en 2000. En 2003 la cifra se elevó todavía más, para ubicarse en tres mil 327 casos, según encontramos en información del ***Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2012)***.

Por lo tanto, tomando en cuenta la información y estadísticas señaladas, notamos que actualmente la depresión se ha convertido en un problema de salud pública y será una amenaza para las siguientes décadas en nuestro país y, particularmente, para los adolescentes.

Se encuentran ejemplos de esta situación tanto en la literatura como en la música, el cine o la televisión. Algunas de las causas o factores que advierten cada vez más a menudo los especialistas son el estilo de vida en el que imperan el estrés, la rutina, la ignorancia, las dificultades económicas, el desempleo, la violencia y los malos hábitos de todo tipo, entre otros fenómenos sociales. Todos ellos necesariamente afectan y atentan contra la integridad de las personas y sus redes de apoyo. De manera particular se afirma que los miembros más vulnerables dentro de una familia son los niños, muchos de los cuales llegarán a la edad de la adolescencia y también corren riesgo de verse afectados por la depresión y la consecuente disminución de sus capacidades físico-biológicas, emocionales e intelectuales. Suponemos que la etapa en la que se encuentran más vulnerables estos niños es al crecer, en la adolescencia.

Los adolescentes, al pasar por esta etapa que implica, entre otros, cambios físicos (hormonales), cambios de escuela (terminar un periodo y empezar de nuevo), elecciones en su vida (preferencias sexuales, elección de amigos o la elección de una carrera) etc., son vulnerables a la depresión, al no poder encontrarse a sí mismos, definir su personalidad, lo que quieren y esperan de la vida y de ellos mismos. Estos cambios pueden influir en el manejo de procesos como autoestima, autoconcepto, autorespeto, etc., haciendo que los adolescentes se sientan

mal consigo mismos y actúen de manera negativa, llegando afectar su entorno, redes de apoyo y hasta ellos mismos.

Podemos identificar el entorno sociocultural como uno de los factores que influye sobremanera en los adolescentes; actualmente ya todo está “etiquetado”, exigiendo cumplir con ciertos aspectos físicos y/o económicos para poder ser parte de un grupo, esto ejerce gran presión en los chicos y chicas que desean pertenecer a ellos. También se vive, se ve y se escucha de violencia; violencia entre personas, como el bullying en las escuelas; violencia entre los países (guerras, matanzas, narcotraficantes, etc.); violencia incluso en nuestro hogar, sea con un simple juego de video, la que vemos a diario en la televisión o la que escuchamos en las letras de canciones como “música para el entretenimiento”.

Si llegamos a ver la televisión, oír la radio, navegar en internet o simplemente con abrir una revista, podemos ver toda clase de publicidad; productos, eventos, etc., en los que los adolescentes se pueden ver envueltos rápida y fácilmente. Algunos productos como lo pueden ser pastillas o parches para adelgazar, cremas o bien embutidos para el acné, todo tipo de ejercicios, videos, canciones, campañas que buscan más que nada la ganancia económica, propia de la cultura empresarial, que el poder ayudar a alguien. Es así que los adolescentes, al dejarse atrapar por este tipo de cosas, corren el riesgo de salir afectados; algunos llegan hacerse adictos, viciosos, ladrones o dedicarse al ocio y la disipación sin ocuparse productivamente.

Al pasar esta etapa es común que el adolescente busque alguien que lo escuche, quien sepa brindarle apoyo y consejos, un modelo a seguir, proceso que puede tener resultados negativos o positivos para él. En ocasiones los adolescentes también buscan ser lo que ven en los demás, o ser como alguien que han visto en la televisión, tomando como modelos a los “artistas” que admiran. Pretenden ser algo que no son para poder integrarse algún grupo, o para ser aceptados por la sociedad; prefieren darles gusto a los demás sin ser ellos mismos. Esto, por lo regular, produce problemas con su familia y con ellos mismos, por no saber lo que realmente son y lo que quieren.

Conviene estar alertas de los adolescentes, escucharlos, atender sus actividades por mínimas o grandiosas que sean, ya que los adultos, al vivir en la rutina pueden ser descuidados, y los jóvenes buscan maneras equivocadas para ser atendidos, finalmente, este descuido va dejando en el adolescente secuelas que provocan enojo, tristeza, decepción, etc., y que si crecen demasiado pueden provocar una depresión, incluso llevar al suicidio.

El reciente crecimiento de este trastorno de ánimo permite debatir, en el contexto de esta tesis, la utilidad de algunas técnicas psicológicas **NO INVASIVAS**; investigar posibles alternativas para que los adolescentes puedan interesarse y motivarse, no solo que perciban al psicólogo como “loquero”, o perciban la psicoterapia como “irse a encerrar a un cuarto”, sino que vayan adquiriendo el interés por la práctica de las técnicas aquí mencionadas y puedan involucrarse en su tratamiento para lograr cambios positivos en ellos y su ánimo, así como proveerlos de las herramientas necesarias para enfrentar este problema u otros.

Actualmente el número de personas afectadas por la depresión es considerable, sin embargo, no se reconoce como un mal que debe atenderse, y que permita estar al pendiente de uno de los grupos más vulnerables, los adolescentes. Esto suele pasar ya que en ocasiones estamos tan involucrados en la rutina cotidiana que ignoramos alguna señal en nuestro cuerpo o comportamiento.

En México, al menos 40% de la población económicamente activa está deprimida, es lo que asegura la Doc. *Irma Corlay*, médico Psiquiatra del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto

Mexicano del Seguro Social (*IMSS*). Sólo en los servicios públicos de salud se detecta que una de cada 10 personas que solicitan atención médica en las unidades de medicina familiar o centros de salud sufre este trastorno, asegura.

Las evidencias sobre el incremento de la depresión en el mundo provocaron que la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* modificara la forma de interpretación del impacto de las enfermedades en la sociedad, para dejar de observarlas con base en el número de muertes que ocasionan, enfocándose, en cambio, en la pérdida de vida saludable, traducida como el abandono del empleo o la escuela, la desintegración familiar y la violencia dentro y fuera de la familia. Los riesgos por la falta de atención del padecimiento son severos, ya que puede ocasionar en los afectados, una de las complicaciones más temidas: el suicidio. Actualmente, 60 por ciento de las muertes auto infligidas están relacionadas, de algún modo, con episodios depresivos.

Es por esto, enfatizamos, de vital importancia estar alertas de los adolescentes, escucharlos, ponerles atención, brindarles confianza y seguridad y cuidar de ellos, hacer todo lo posible para que puedan acercarse por apoyo, oírlos, acompañarlos y aconsejarlos. Cabe señalar que no es conveniente obligarlos hacer lo que no quieren, es más bien una forma de guiarlos, dar puntos de vista o experiencias para que puedan disponer de las herramientas suficientes, que les permitan tomar las mejores decisiones ante los sucesos que se les presenten, es decir, educarlos en y para el fomento de la salud.

Ahora bien, resulta conveniente señalar que en la dinámica de la vida cotidiana, en la familia, en la escuela y para toda actividad que el adolescente realiza se logre distinguir, para identificar, la diferencia entre una depresión y los cambios que de manera natural son propios de esta etapa del desarrollo. Es decir, que los momentos de tristeza, confusión, retraimiento y hasta abandono de actividades sean ubicados en la perspectiva del tiempo que duran y los efectos que tienen, para decidir si están más allá de lo justificable.

1.4 Principales síntomas.

Beck, (1967, citado en Buceta, 1986) propone cuatro categorías para agrupar los síntomas de la depresión:

- 1) Manifestaciones emocionales: estado de ánimo disfórico; sentimientos negativos hacia uno mismo; reducción de la gratificación obtenida al realizar actividades cotidianas; pérdida de apego emocional a personas, cosas o actividades; periodos de llanto y; pérdida de la alegría.
- 2) Manifestaciones cognitivas: baja auto-evolución; expectativas negativas; auto acusación y auto crítica; indecisión; distorsión de la imagen corporal.
- 3) Manifestaciones motivacionales: paralización de la voluntad; deseos de evitación, escape y retirada; deseos de suicidio y; aumento de la dependencia de otros.
- 4) Manifestaciones neuro-vegetativas y físicas: pérdida de apetito; problemas de sueño; pérdida de libido y; cansancio.

Así pues, llegado este punto en el proceso de la investigación, y esperando haber sentado bases que, si bien parecieran resultar un tanto generales, ojalá sean suficientes para poder enfatizar la importancia del estudio de la depresión en este siglo, por las proporciones y dimensiones que actualmente alcanza.

De igual modo, creemos conveniente acceder al momento de precisar, ampliar y desarrollar algunas consideraciones con respecto al tema de la depresión, pero ahora, en la caracterización de esta en adolescentes, aspecto que abordaremos en el siguiente capítulo.

1.5 Fases de la Depresión.

Caballo (2004) expone las siguientes fases:

- A) Etapa de alarma (depresión leve):** presenta 5 o 6 conflictos del exterior o de la personalidad que incluyen problemas sociales o sucesos traumáticos, entre los síntomas más importantes están: la ansiedad, la autocompasión, la dificultad para dormir y un riesgo de suicidio. Este tipo de depresión en raras ocasiones llega a durar más de 6 meses y tiene escaso impacto en la capacidad de la persona para funcionar con normalidad. Sintomáticamente en esta etapa hay una actitud anticipatoria ante la situación molesta o adversa, la tensión aumenta y el individuo está acelerado y excitado.

Desde la perspectiva psicológica se le denomina “leve”, ya que en ella no existe un daño profundo y sus principales características son: el desinterés, la fatiga, la lentitud, y la indiferencia ante la vida. Finalmente, el depresivo leve espera que todo le salga mal; su principal característica es el pesimismo, aunque teme equivocarse y se le dificulta el tomar decisiones, además se preocupa por todo tipo de problemas en los cuales se encuentre o se le presenten. Decece su autoestima, descuida su arreglo personal y disminuye el goce acostumbrado por la comida. Comienza a sufrir trastornos del sueño, sea que dura más o menos de lo acostumbrado. (*Caballo 2004*)

- B) Etapa de resistencia (depresión moderada):** en esta etapa los síntomas son más intensos y se producen alteraciones en el trabajo, escuela, familia y relaciones. Incluye reacciones de agresividad que conllevan a disminuir o eliminar al agente dañino, así como a realizar maniobras de evitación y de protección con el fin de preservar la salud del organismo.

En esta etapa hay también consecuencias fisiológicas importantes como: úlceras gástricas y duodenales, trastornos cardiovasculares, presión arterial elevada, malestares renales, alergias y alteraciones emocionales. Psicológicamente en esta etapa la persona pierde interés por casi todo y necesita ser presionada para activarse. Comienza a buscar formas de evitación, como salirse para olvidar el sufrimiento, sin embargo dentro de este escape sufre riesgos graves de complicar la situación, puesto que en muchas ocasiones su forma de evasión es por medio de las drogas y los excesos, ya sea cigarrillos, alcohol, drogas e incluso la comida o el sexo. Además hay una autoevaluación de la persona cada vez con más intensidad, se crean contradicciones sobre su necesidad de estar o sentirse amados y apoyados pero al mismo tiempo no soportan estar con alguien más. Este tipo de depresivo continuamente está aburrido, nada le llega a parecer divertido o importante, lo que origina problemas con las demás personas de su entorno. Suele distraerse por momentos aunque siempre termina aburrido o molesto.

Se devalúa cada vez más, ya que no solo se autorreprocha por no hacer las cosas, sino que además comienza a llegar a un punto donde comienza a creer sus frases devaluatorias. Inician los problemas de alimentación ya sea por desnutrición o por exceso, dejan de lado el arreglo físico e incluso el higiénico, comienzan a tener problemas crónicos con el sueño.

- C) Etapa de agotamiento (depresión severa):** implica un gran número de síntomas depresivos que provocan un fuerte impacto, manifestado incluso como incapacidad para trabajar, estudiar, salir, además de una reducción de las actividades sociales habituales y del mantenimiento de las relaciones con los

demás. Además, provoca la ruptura de los patrones defensivos e incluye graves enfermedades, la pérdida de fuerzas y ambición, previas a la etapa en que se produce la muerte.

La persona siente la ausencia total de cualquier tipo de deseos, ya sean físicos, emocionales, sociales, económicos, sexuales, etc. Pueden llegar a un estado de apatía y de abatimiento en donde abandonan facultades motrices para vestirse o comer. Comienza a verse la muerte como la única salida y cortejan distintas formas de suicidio, aunque a veces su apatía es tal que ni eso quieren hacer; puede llegar a un mutismo absoluto y permanecer días o semanas sin cambiar su ropa, ignoran a los demás y solo manifiestan odio hacia ellos mismos y hacia los demás.

Las personas que llegan a tener depresión severa manifiestan dolores crónicos y acuden al médico en busca de tranquilizantes y analgésicos, incluso se someten a tratamientos innecesarios, sin comprender que el dolor es más psicológico que a nivel muscular o visceral. En esta etapa el organismo se siente herido, desgarrado y dolido después de haberse aislado, sentirse solo y haber experimentado cambios físicos y psicológicos dañinos.

***“Si vamos a luchar contra alguna enfermedad hagámoslo contra la peor de todas: La indiferencia”
(Patch Adams, 1945)***

CAPÍTULO 2: ADOLESCENCIA



Imagen 2: Adolescentes

“La juventud es la edad del crecimiento y del desarrollo, de la actividad, y de la viveza, de la imaginación y el ímpetu.”
(José Martí)

2.1 Conceptualización y Encuadre de la Adolescencia.

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por un continuo crecimiento, pues es la transición entre la infancia o edad escolar básica a la edad adulta. Esta transición de cuerpo y mente proviene no solamente del individuo mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se producen lo hagan llegar a la edad adulta, tomando las herramientas que necesite para ir resolviendo las dudas o circunstancias que se le presenten.

La adolescencia es un fenómeno que implica aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales, por lo tanto, sus límites no se asocian a las características puramente físicas, corporales. También nos atrevemos a decir que es un fenómeno complicado de definir y que mucha gente profesional como médicos, sociólogos, psicólogos, psiquiatras, entre otros, no se aventuran a contestar todas las interrogantes que surgen en esta etapa importante en el ser humano. Incluso mucha gente descarta el tema.

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada, a los doce o trece años, debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración para cada individuo ya que está relacionada no solo con la maduración de procesos fisiológicos y psíquicos, sino que depende de factores socioculturales amplios y complejos, cuyo origen, configuración y desarrollo ocurren principalmente en el seno familiar y en la escuela. Para el escritor *Michel Fizer (2002)*, la adolescencia más que un estado natural es una construcción social, ya que se ve caracterizada por una nueva o nuevas formas de relacionarse con el mundo que lo rodea y con las personas. Es también una nueva forma de relacionarse consigo mismo, por el hecho de construirse un Yo a partir de los vínculos que establece tanto con los demás como con su entorno.

“La adolescencia es pues, el producto de condiciones y circunstancias sociales, determinadas. El surgimiento de una edad adolescente data en realidad de finales del siglo XIX, con el desarrollo de las escuelas secundarias. Al “encerrar” a sus hijos en el colegio para controlarlos mejor y al mismo tiempo alejarlos de su poder político y económico, la burguesía inventa un “verdadera nueva etapa”. Agrupados ya por edades y por uniformes esos muchachos (las muchachas lo alcanzarán más tarde) se crean solidaridades, se crean una primera consciencia de generación.” (Fizer, 2002 p. 26-27)

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. La evolución que se experimenta en esta etapa regularmente hace entrar en crisis al adolescente, pues se encuentra en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad, cada vez hay más y más adolescentes pero, por desgracia, poco interés en proporcionar apoyo, consejo o ayuda para ellos y, en ocasiones, la gente que está a su alrededor los deja vulnerables ante la mercadotecnia o ante la sociedad en la cual crecen.

Suele suceder que la familia o el adolescente se verán desbordados y precisarán de ayuda externa para resolver conflictos o tomar decisiones. Dichos cambios realmente son difíciles para los jóvenes ya que van desde lo físico hasta lo emocional, actitudinal, sentimental, intelectual y mental; en ocasiones los cambios son difíciles de procesar para el joven ya que al no tener la información o conocimiento de esto, son sorprendentes y hasta llegan a crear incertidumbre. Otra dificultad que enfrenta el joven por los cambios es el hecho de que no se acepte tal cual es, que no acepte el volumen de sus pechos, el vello en lugares íntimos, el cambio de voz, etc. Estos cambios, al presentarse y no aceptarlos, pueden generar depresión, por no saber cómo asumirlos.

Por último, hacemos mención de la dificultad que implica la relación con los demás jóvenes, aquellos que llegan a ser crueles y burlones al ver los cambios que se presentan en ellos; como por ejemplo el acné, imperfecciones que en algunos jóvenes se presentan en la cara y ciertas partes del cuerpo, son una oportunidad para burlarse de ellos, sea al ponerles apodosos o bien criticándolos, o haciéndoles bromas pesadas que, con el paso del tiempo, suelen representar un factor que llega a ocasionar problemas de autoestima y depresión.

Esta etapa marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Define a la adolescencia el hecho de que sus protagonistas son jóvenes construyendo una identidad y en busca de una clara definición, ya no son totalmente niños pero tampoco alcanzan un perfil de adultos, son una especie de híbrido, con algunos rasgos de adulto y aun resabios de niño.

Un concepto de la OMS, señala que *“la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”*. Paralelamente, tenemos también que la juventud comprende el periodo entre los 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, momento en el que se define la identidad y se accede a la toma de conciencia y la consecuente práctica de la responsabilidad.

Es por ello que la condición que acompaña a la juventud no es uniforme ya que es notable el modo en el que varía de acuerdo al grupo social que se considere y a las características individuales de quien experimenta este proceso de desarrollo.

2.2 Características del Desarrollo en la Adolescencia

El desarrollo, y en general la vida del ser humano, deviene en un proceso continuo que incluye sucesivas etapas con características muy especiales y específicas; cada una de ellas se fusiona e integra gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por eso, es notable que cada ser humano se distinga por su propio ritmo de desarrollo. (*Blos, 2010*)

Podemos suponer que hay coincidencias para considerar, de manera general, que las etapas del desarrollo humano son las siguientes: 1) Pre-natal; 2) Infancia; 3) Niñez; 4) Adolescencia; 5) Juventud; 6) Adulthood y; 7) Ancianidad. Sin embargo, por el propósito de este trabajo nos enfocaremos en la adolescencia, señalando algunas de sus principales características, (*Papalia, 1996*). Suele dividirse el periodo que abarca la adolescencia en tres etapas, cada etapa con sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento.

❖ La pre-adolescencia: desde los 8 hasta los 11 años.

Cambios físicos: el crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Supone el inicio de la pubertad para la mayoría.

Fase cognitiva: caracterizada por pensamientos lógicos y la tendencia regular a despreciar pensamientos imaginativos de la infancia, con la capacidad creciente para acumular grandes conocimientos y aplicar nuevos conceptos. Hay un mayor interés por aprender habilidades para su desempeño en la vida (por ejemplo, el cocinar, reparar, armar y desarmar objetos, etc.).

Desarrollo moral: egocéntrico en general, aunque se identifican procesos que es posible asociar a diversos contenidos de la conciencia. Comprende el uso de la reflexión a base de conceptos abstractos y su consecuente aplicación práctica, para poder distinguir y clasificar lo que resulta justo y ejercitar mecanismos para la negociación. Aunque no siempre se ve reflejada su interpretación de la moral en el comportamiento.

Concepto de sí mismo: en gran medida influido por las relaciones que establece con los diversos miembros de su familia, profesores y, cada vez más, por sus compañeros y amigos. Muchos niños tienden a imitar el estereotipo masculino y reproducir patrones socioculturales de repetitividad del comportamiento. La construcción de los múltiples esquemas que constituyen los procesos tanto del autoconocimiento como de la auto-imagen, para muchas niñas y niños, es posible que se vea afectada positiva o dañinamente con la llegada de la pubertad y los cambios que esta implica, y por la forma en que los asumen cada uno de ellos.

Relaciones con compañeros: es común que predomine la intención de hacer planes, viables o hasta ficticios, e intentar cumplir con los objetivos que se han trazado, aunque con una marcada tendencia a ser desorganizados. Suele tener un mayor peso la perspectiva de centrarse en el yo, más que en la relación con los otros y lo que estos significan en su forma de ser.

Relaciones con padres: resulta deseable establecer una relación de afecto y un vínculo de dependencia “sana” con ambos padres, intentando participar más en la toma de decisiones que les afectan. Existe la tendencia a discutir sobre tareas, deberes, y orden, esto llega a generar conflictos de diversa índole con los hermanos.

Características psicológicas: regularmente se eligen amigos que tengan gustos y aficiones semejantes o coincidentes. Las niñas, a diferencia de los niños, tienden a promover interacciones más íntimas con sus amigas. En esta etapa se forman agrupaciones de amigos que pueden excluir a otros niños.

❖ **Segunda etapa de la adolescencia: desde los 11 hasta los 15 años.**

Cambios físicos: el arribo de la pubertad se produce a una velocidad distinta en cada adolescente, dependiendo de múltiples factores. Se presenta aumento del apetito en estas épocas de crecimiento y necesitan dormir más. Hay desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz y posiblemente un intenso olor corporal.

Fase cognitiva: el desarrollo de habilidades intelectuales permite interpretar las cosas en términos relativos y abstractos. El sentido del humor puede estar más centrado en la ironía y el sexo o en la burla hacia todo lo externo. Se hace común suponer, por costumbre sociocultural, que es la época de mayor conflicto con los padres y con muchas otras figuras de autoridad.

Desarrollo moral: aunque existe una marcada tendencia hacia el egocentrismo se busca la aprobación social de los compañeros. Si bien les resulta posible poder entender el significado de los conceptos relacionados con el orden social, a esta edad suelen cuestionarse ciertos principios morales, así como hábitos, actitudes, tradiciones, costumbres y comportamientos sociales y culturales, a veces, siendo quizá una de las maneras más directas, los que tienen los padres.

Concepto de sí mismo: se construye de acuerdo con el modo en que aceptan los cambios que ocurren durante la pubertad, la interpretación de lo que sucede en el exterior y por la influencia de sus interacciones. Existe la tendencia a conformar estereotipos y patrones culturales con los referentes de hombre o mujer. Hay una cierta preocupación por problemas relacionados con el aumento de peso, el color de la piel, la altura y el aspecto físico en general.

Relaciones con compañeros: es común encontrar una atención centrada en sí mismo, aunque acompañada por la preocupación acerca de las opiniones de los demás. Se hace más fuerte la necesidad de lograr intimidad en el hogar ya que se experimentan cambios de humor muy fuertes, que los hacen pasar de una tristeza extrema a una alegría o euforia desbordada, esto en cuestión de horas y sin saber con precisión a qué se debe. También es característico que haya una tendencia a olvidar muchas cosas importantes.

Relaciones con padres: suele ser, en general, la etapa de mayor conflicto con los padres, esto mientras buscan adaptarse a una nueva identidad, apropiada a sí mismos y para interactuar en la dinámica familiar, más allá de la que compartían como el niño o la niña que eran antes. Se busca más la compañía de los otros, compañeros, amigos, etc. A veces rechazan las muestras de cariño, aunque las siguen necesitando y las condicionan a diversas reacciones. Desean poder tomar sus propias decisiones y rebelarse apasionadamente contra las limitaciones de la disciplina de padres, maestros o adultos en general que sean impositivos, necios y autoritarios, aunque siguen necesitando orientación y límites educativos.

Características psicológicas: los cambios que aparecen durante la pubertad y el modo en que reaccionan los demás ante ellos pueden condicionar las amistades. Es común encontrar una mayor tendencia a compartir confidencias y por formar grupos, a veces amplios, de amigos, con vínculos muy fuertes. En esta etapa se

despierta, aviva, crece y significa, con todo lo que implica, el deseo sexual, siendo notable el que algunos de ellos tienden a relacionarse en pareja, cargados con el peso de las representaciones sociales que han configurado.

❖ **Tercera etapa de la adolescencia: desde los 15 hasta los 18 años.**

Cambios físicos: puede haber una mayor homogeneidad con sus compañeros, esto porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad, etapa en la que definen su altura y peso, que regularmente tendrán hasta ser adultos.

Fase cognitiva: se espera una mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren tanto en su círculo social inmediato como fuera de éste, razón suficiente para que puedan promover y crear una nueva conciencia social.

Desarrollo moral: suelen reducir los niveles de egocentrismo y hacerse énfasis, en mayor medida, sobre la interpretación de valores abstractos y algunos de los principios morales vigentes. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa un tanto confusa, indefinida y hasta contradictoria.

Concepto de sí mismo: es la etapa en la que se espera que los adolescentes constituyan una identidad propia, esto después de haber experimentado en una relativa frecuencia, duración e intensidad con diversos aspectos integrados en la experiencia de la formación de su ser; tal es el caso de personajes, ideas, creencias, sentimientos, valores, amigos, aficiones, actitudes momentos y situaciones. En este sentido, por ejemplo, algunas niñas que desarrollan problemas de peso pueden llegar a tener tendencia a la depresión.

Características psicológicas: predomina, por lo regular, una cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos para el manejo emocional y el autocontrol, como la anorexia y la autoflagelación.

Relaciones con compañeros: conforme van avanzando por esta última etapa de la adolescencia suele haber menos conflictos entre hijos y padres, notándose un mayor respeto porque los hijos alcanzan la posibilidad de ubicar a la distancia de la reflexión, para comprender, a sus padres como individuos y discernir que sus opiniones se basan en ciertas creencias y prácticas socioculturales, esto puede producir una evidente mejoría en la calidad y calidez de las relaciones familiares. Lo anterior se da aunque siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas diversas, hora de llegar a casa, desempeño en la escuela, apariencia, etc.), aunque la existencia de estos límites quizá les beneficie a largo plazo.

Relaciones con padres: las amistades entre mujeres y varones empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos caracterizados como anti-sociales pueden aumentar sus márgenes de influencia, para generar un comportamiento disocial en el adolescente. Durante el desarrollo de la adolescencia vemos que aparecen cambios en aspectos como:

Cambios físicos. Los cambios biológicos y orgánicos durante la adolescencia marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual, produciendo las múltiples diferencias individuales en la estructura y constitución corporal.

Mujeres. El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. La adolescencia en las mujeres comienza, aproximadamente, entre los 10 y los 12 años; se caracteriza por el crecimiento del tejido glandular debajo de la areola, consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por

los ovarios, la edad de aparición es después de los 8 años, casi siempre resulta doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale de todo el tejido circundante, aumenta el tejido glandular, hasta que se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. También puede presentarse, en ciertos casos, un crecimiento asimétrico de las mamas. El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores, pero luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario y, en otros, puede ser el primer indicio puberal; típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad, al pasar los años el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios abarcando hasta el monte de Venus, logrando así la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y los 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian tanto de aspecto como de configuración; los labios mayores aumentan de vascularización y en los folículos pilosos, hay una distribución de estrógenos inicial en la mucosa vaginal; los ovarios, el cuerpo del útero y las trompas de Falopio aumentan de tamaño. Estas últimas también en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. (*Shaffer, 2000*)

La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego llega a tener 10 – 11 cms. Por los efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein¹, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm. La menarquía o menarca, que es el inicio del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro, el cual tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquía tiende a ocurrir entre los 11 y los 12 años, aunque también puede aparecer en la pubertad avanzada (de los 8 a los 10 años).

Hombres. Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2.5 a 3 cms, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto puede observarse un aumento en la vascularización, acompañada del adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos. La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y los 15 años de edad; la edad para la primera eyaculación es entre 12 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumentan de tamaño. Las erecciones son más frecuentes y aparece la polución nocturna, o emisiones nocturnas.

El vello sexual aparece y se propaga hasta el pubis, más grueso y rizado. Puede comenzarse el vello axilar y, en ocasiones, en el labio superior; el vello que crece en los brazos y en las piernas se torna más grueso y abundante alrededor de los 14 años de edad. Aumenta la actividad de la glándula suprarrenal apocrina, con aparición de humedad y olor axilar, al igual, puede presentarse el acné. (*Gispert, 1982*). Consideramos importante llegar al detalle en la descripción de lo físico biológico para invitar al lector a imaginar los procesos que en lo psicológico, sea emocional, cognitivo, actitudinal y de comportamientos en general se presentan, de manera conjunta, en los

¹ **Bacilos de Doderlein:** forman parte de la flora bacteriana de la vagina. Se tratan, por tanto, de unas bacterias benignas que no originan enfermedad alguna, y que tienen

adolescentes. Esto será el punto de partida para el desarrollo de algunos planteamientos que permitirán dar contexto al tema central de esta tesis.

2.3 Consideraciones, Análisis y Crítica

***“No basta amar a los jóvenes, es necesario
que se den cuenta que se les ama.
Quien es amado obtiene todo,
especialmente de los jóvenes.”
(San Juan Bosco)***

Con esta cita queremos enfatizar que, como inicio de las consideraciones acerca de la adolescencia, resulta fundamental el amor que se le muestre al adolescente. Esto porque el amor es un sentimiento que genera actitudes positivas en la vida de las personas, en cualquier etapa del desarrollo que se encuentre, tanto más en la adolescencia. Estamos seguros de que si se muestra ese sentimiento a los jóvenes por parte de sus padres, hermanos, amigos, etc., se sentirán seguros de lo que tienen, haciéndoles sentir que siempre contarán con el apoyo de todas esas personas que lo aman y que él ama, como por ejemplo, a sus padres.

Al mismo tiempo que va creciendo el sentimiento de confianza y seguridad en esta etapa, conforme se va consolidando el desarrollo, al joven le resultará más fácil poder acercarse a sus padres o cualquier persona en la que sienta que puede confiar para contarle los problemas que le pasan, los cambios que le incomodan, las preocupaciones, intereses, deseos y proyectos de su vida diaria, etc. También, es posible que se amplíen las posibilidades de contar con la seguridad de que no será prejuzgado, regañado o castigado injustamente, sino de que se le brindarán la ayuda y las herramientas necesarias para que pueda solucionar sus problemas, así como cualquier situación que tenga que enfrentar en su vida.

Otro punto de relevancia en estas consideraciones, es la presencia de los padres y de las personas más cercanas al adolescente, ya que además del amor, de la necesaria confianza, del apoyo y la seguridad que le den al joven, conviene que le puedan demostrar, con hechos o actos, que siempre se le tendrán esos afectos.

¿Cómo demostrarlos? Desde un punto de vista humanista, representada principalmente por Maslow y Rogers, quienes proponen, tomar consciencia de la otra persona, “centrarse en la personas”, en este caso el adolescente; “valorar lo que piensan y sienten las personas, hacer a un lado máscaras, aceptarnos tal cual somos y aceptar a los demás y aceptar nuestra responsabilidad, comunicación”, (Perez, A. 2004) de ese modo podemos asegurarle al adolescente que así como se le acercan para brindarle amor, apoyo, consejos, etc., del mismo modo él puede acercarse y hablar con sus padres o amigos, que puede sentirse libre de platicar sus problemas y buscar ayuda de alguien más.

También puede demostrarse el afecto a través del contacto físico, como los abrazos, palmaditas en la espalda, besos, diversas caricias, etc. Todo esto de seguro hará que el joven sea capaz de demostrar sus sentimientos sin miedo, pena o timidez, encarando a los demás con naturalidad, ya que muchas veces los jóvenes adquieren creencias o desarrollan actitudes que les impiden demostrar sus sentimientos.

En este sentido, inculcar valores como respeto, cooperación, responsabilidad, agradecimiento, generosidad, solidaridad, esfuerzo, etc., esperando que sean convertidos en actitudes y hábitos, tendría un impacto creativo en el joven. Ya que, podemos asegurar, mucho de lo que será como ser humano dependerá de esto, de cómo sea enseñado, asumido y aplicado. En palabras de *Aristóteles*:

“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta.” (384-322 A.C.)

Valores, creencias, actitudes y hábitos son factores de suma importancia en el desarrollo de los adolescentes; pongamos por caso el respeto, valor fundamental, que es un arma muy útil durante toda la vida de cada persona, ya que al tener respeto por uno mismo y mostrar respeto por los demás, propiciamos el ser confiables. El hecho de que un joven llegue a respetarse a sí mismo implica la posibilidad de ser más seguro y aceptarse en su forma de ser. Esto, evidentemente, no impide el que se presenten problemas, sin embargo, podrá demostrar mayor capacidad para resolverlos de la manera más atinada y efectiva, preferentemente con el apoyo de sus seres cercanos y queridos.

El respeto resulta fundamental para la vida social ya que de este depende el cómo nos trata la gente; si somos respetuosos se nos abrirán múltiples oportunidades, y al mismo tiempo, obtendremos de manera más sencilla el apoyo de los demás. Los valores son fundamentales para que las personas puedan convivir de una manera creativa y armoniosa; estos se deben de inculcar desde la infancia, con la familia nuclear.

De igual forma, la construcción de actitudes y hábitos que favorecen el desarrollo personal, son una base que permite definir la forma de ser de los jóvenes; desde hábitos de higiene, orden, cumplimiento y seguridad en diversas actividades de la vida diaria, hasta actitudes relacionadas con el autocontrol, para tener un mejor desempeño en lo individual y en lo social. Gracias a esto los jóvenes contarán con recursos que les permitirán actuar con efectividad al enfrentarse a sus compromisos cotidianos.

Al respecto, resulta pertinente señalar que durante la adolescencia se llega a ser víctima de burlas o groserías por el aspecto físico o por la manera de vestir, por ejemplo si no se tiene cuidado con el hábito de la limpieza esto puede ser motivo de insulto, burla o humillación, momento en el que se pone a prueba la capacidad de resistencia, fortaleza y cambio, para mantener a buen nivel la autoestima.

La razón principal de elegir a los adolescentes y la depresión, como tema de tesis, surge porque reconocemos que son personas quienes en esta etapa de la vida llegan a sentirse y volverse vulnerables por todos los cambios físicos, mentales y emocionales a los que son sometidos, no solo por el crecimiento y desarrollo de su cuerpo sino también por el trato que reciben en la interacción, esto por parte de quienes les rodean y acompañan a lo largo de su vida.

Los padres de familia y en ocasiones los profesores, enfrentan esta etapa como un “mal necesario”, en donde deben marcar toda su autoridad y poder regañando o sermoneando al adolescente, dejando el peso sentencioso de su palabra como la razón última y no escucharlos.

Doltó, Françoise importante psicoanalista, aborda el tema de la adolescencia en los siguientes términos:

“En mi opinión, es una fase de mutación. Es tan importante para el adolescente confirmado como el nacimiento y los primeros 15 días de vida lo son para el niño recién nacido. El nacimiento es una mutación que permite dar el paso del feto al niño de pecho y su adaptación al aire y la digestión. El adolescente, por su parte, pasa por una muda respecto a la cual nada puede decir u objetar, y es, para los adultos, objeto de un cuestionamiento que, según los padres esta cargada de angustia indulgencia.” (Dolto, 2004 p. 17-18)

Suele suceder que los adolescentes, durante esta época de su vida, se sientan incomprendidos y solos; están vulnerables ante los cambios, ven demasiadas cosas negativas en su entorno, lo cual implica la necesidad de estar conscientes del modo en que las personas más cercanas a ellos son modelos a seguir, por percibirlos como figuras representativas en su vida. Esto nos hace suponer que si tales figuras “predican con el ejemplo” y en su actuar conservan un comportamiento que resulte decoroso, los adolescentes pueden llegar hacer las mismas cosas.

De igual forma, sucede lo contrario, por eso resulta conveniente que se considere de manera efectiva, práctica y en uso, a los adolescentes de hoy como la generación del futuro, en la perspectiva de poder así contribuir a la formación de personas que se orienten al logro de propósitos signados por el bienestar personal y colectivo, esperando que en las diversas manifestaciones y consecuencias de su proceder sean valiosos y aporten lo mejor de sí mismos a la sociedad.

Entender al adolescente representa un esfuerzo de los adultos para evitar, en la medida de lo posible, reprocharles, gritarles, ofenderlos, etc. ya que este tipo de castigos resultan negativos, sin realmente ayudar a mejorar, provocando que se alejen de los padres y busquen apoyo y confianza en personas con las que se puede correr el riesgo de salir perjudicado, o bien que no sean tomados en serio.

Al respecto, coincidimos con *André Marcel (2010)*, cuando nos asegura que *“No corresponde a los jóvenes entendernos, sino a nosotros comprenderlos a ellos. Al fin y al cabo, ellos no podrían ponerse en nuestro lugar y, por el contrario, nosotros ya hemos ocupado el de ellos.”*

La cita anterior tiene un especial significado ya que comúnmente resulta complicado para los adolescentes entender a los adultos, esto porque no han pasado por esa etapa de ser “adulto”. Para los padres, puede parecer justificado el querer proteger a los hijos de toda amenaza, peligros o malas situaciones, pero una persona no asume o comprende las cosas solo por la experiencia de lo que observa en los demás. En este caso, el adolescente requiere, como elemento esencial en la constitución de su forma de ser, el experimentar por sí mismo las consecuencias de sus actos, para cada decisión que tome; esto implica el tener que enfrentarlas y superarlas, aprendiendo lo más significativo.

En este proceso se reserva a los padres la función trascendente de ser un apoyo al acompañar y proporcionar los recursos suficientes para que, al pasar por alguna situación en la vida, que le resulte complicada, el joven sepa qué hacer y con quién acudir. Un padre puede narrarle vivencias de su juventud al hijo o hija pero, finalmente, el joven interpretará los hechos de acuerdo a sus intereses, creencias y necesidades, que pueden ser distintos a lo dicho por el papá. En este sentido, resulta importante trabajar la confianza en los hijos, para que puedan acercarse lo suficiente a sus padres.

Por lo dicho anteriormente esperamos que no domine en el lector de esta tesis la impresión de querer dejar a los adolescentes a su libre arbitrio o bien que hagan lo que les dicten sus impulsos, sino que se les escuche, se les apoye y se promueva en el trato conquistar la confianza que necesitan.

Queremos hacer énfasis en que, al tener el joven figuras de apoyo y alguien que lo escuche, estará en mejores condiciones para cambiar, será más consciente de sus actos, sabrá que si hace mal las cosas, no solo tendrá consecuencias en él sino también para los demás, haciendo que se le cierren oportunidades y se le quiten tanto la confianza como el apoyo que se había ganado con actitudes diferentes.

Resulta pertinente proponer, en el contexto de este escrito y para su aplicación en diversos ámbitos de la vida cotidiana del adolescente, que se ejercite en ellos la disposición de experimentar las cosas por vía directa; que se ponga a prueba su capacidad para distinguir si pueden o no resolver las cosas que enfrentan; que aprendan si es fácil o complicado; que piensen y decidan si realmente necesitan marcar una línea en su vida, definir hasta donde son capaces de llegar tan solo por el hecho de ser aceptados en un grupo; que se den cuenta de lo divertido y aleccionarte de cada situación, para saber si realmente vale la pena vivir a su modo al relacionarse con los demás.

Al respecto, afirmamos la obligatoriedad, como condición ineludible, de establecer reglas, aplicar valores y educar a los jóvenes en el ejercicio pleno de la libertad con responsabilidad, tanto en casa como en la escuela y en el trabajo. Que se percaten de la manera en que se confía en ellos; que puedan estar seguros de que sus seres cercanos y queridos estarán ahí, pero que las consecuencias de sus actos, sean buenas o malas, tendrán que asumirlas y hacerse responsables de ellas; que sean capaces de tomar decisiones sin temor a equivocarse, ya que al aprender lo bueno de esos errores, crecerán como personas. Así mismo, es preciso estar pendientes para ir forjando en ellos integrarse creativamente a la vida en familia.

No todo puede ser interpretado como malo o negativo en la adolescencia, tan solo habría que verla como la etapa en la que se van obteniendo experiencias de las personas que nos rodean, conociendo lugares y forjando las cualidades que nos distinguirán como personas, adquiriendo conocimientos nuevos y preparándose para el futuro, aprendiendo a ser capaz de hacer las cosas y actividades que más nos gustan y, lo más importante, que se tiene el tiempo suficiente para desarrollar habilidades que permitan tener un buen desempeño.

Pensando en esto cabe señalar, quizá como un atrevimiento, que el análisis del tema adquiere una singular importancia por la experiencia personal que, para la autora de esta tesis durante la adolescencia fue un tanto complicada, por problemas de sobrepeso que repercutían en lo físico y psicológico, y por la muerte de mi abuela paterna, acontecimiento que provocó estados y síntomas diversos de depresión por un periodo prolongado. Sin embargo, con ayuda psicológica fue posible enfrentar y superar la situación anímica que se generó.

CAPÍTULO 3: DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

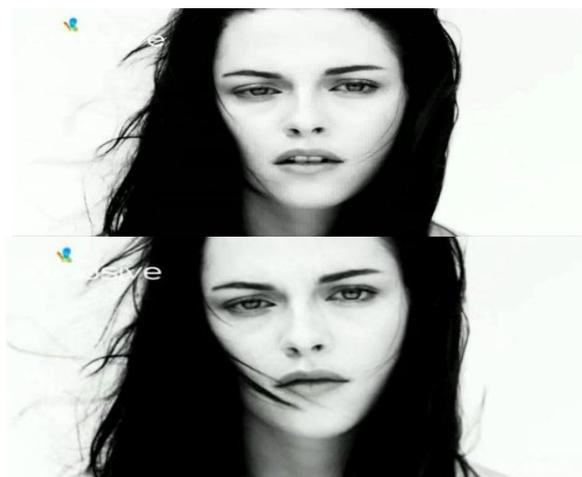


Imagen 3 depresión

“La adolescencia es la época más frustrada de una vida, ya que en ella te darás cuenta de que nunca tendrás el suficiente poder para hacer lo que deseas.” (Anónimo)

3.1 Depresión en el adolescente.

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida «moderna», unidos a la soledad y a frecuentes y diversas dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes, ilustran algunas de las causas del trastorno depresivo. (Conger, 1980)

Sin embargo, de entre toda la población, los adolescentes son actualmente quienes resultan más vulnerables a padecer este tipo de trastorno, junto a otros como la ansiedad, la ira, el alcoholismo y la demencia. (Fitzpatrick, 2006). El estudio de la depresión en la adolescencia ha sido objeto de un creciente interés en las últimas décadas, más aun, este trastorno ha sido asociado a distintos factores del entorno, mediante los cuales se pretende elaborar explicaciones acerca del mismo (Milne y Lancaster, 2001)

En el contexto de este trabajo, resulta interesante abordar el problema de la depresión en la edad en la que se encuentran los jóvenes adolescentes, esto por la desestructuración que suele presentarse, además por el manejo de la competitividad y el estilo de vida consumista a los que constantemente se ven sometidos; éstos son factores a considerar con relativa suficiencia para que los adolescentes sean clasificados como «uno de los grupos de más alta vulnerabilidad para padecer algún tipo de patología mental», explica Manuel Trujillo, (2005). Esta etapa resulta crucial, porque en ella se desprende el qué tanto los jóvenes tengan la confianza de acercarse con sus padres y contarles las cosas que les suceden, o lo que llegan a pensar y sentir. Es en esta etapa cuando los adolescentes alcanzan a darse cuenta de las cosas pero con un significado distinto, interpretando con mayor complejidad la realidad en que conviven.

El adolescente atraviesa por la búsqueda de sí mismo, de su identidad o personalidad; va de preferencias individuales a preferencias grupales, sitios donde pueda sentirse aceptado y encontrar otros adolescentes con los cuales se identifique; busca tener un comportamiento con el cual pueda obtener cierta uniformidad y contención a los cambios físicos y emocionales a los que le cuesta adaptarse. Así mismo, tiene la necesidad de intelectualizar, es decir, de buscar conocimientos o respuestas a tantas preguntas que llega a formularse, incluso fantasea; sufre crisis de actitudes sociales y religiosas, esto porque muchas veces no le gusta seguir las reglas, en esta búsqueda de lo que es o quiere ser; también evoluciona sexualmente y experimenta una separación progresiva de los padres. (*Vilchis, 1999*)

De igual modo, adquieren una visión más amplia, se constituyen como personas, seres humanos distintos al adolescente que creían ser. En la adolescencia suele ser difícil aceptar las reglas que se imponen, se actúa de modo rebelde y en ocasiones se discute con los padres, es por ello que resulta importante acercarse a los adolescentes, no imponerse para que tengan apertura con los padres y sientan la confianza suficiente para hablar de cosas trascendentes.

Es posible que, en esta etapa, le acompañen múltiples contradicciones tanto en la conducta como en el pensamiento, vivenciando constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor ya que se encuentra en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto que sea positivo acerca de sí mismo, así como un constante intento por conocer y experimentar, mientras crece, hasta conseguir su independencia.

Su desarrollo, respecto de la sexualidad, debe incluir enfoques positivos, valores éticos, una sólida moral, consideración afectiva, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables, hasta que pueda acceder, con el paso del tiempo y por su formación, a ser plenamente consciente de las influencias que recibe de la sociedad y la cultura que le rodea. Así mismo, resulta esencial su habilidad para afrontar estas situaciones, y su capacidad para responder de forma constructiva a ellas, para poder establecer relaciones con los adultos, en las que se manifiesten dichos procesos de crecimiento. A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia. (*Kinney, Fitzgerald y Strammen, 1990*)

La depresión, suponemos, puede ser interpretada como un síndrome que integra un conjunto de síntomas; también puede aparecer como un síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad. Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés por casi todas las áreas y sitios para el desarrollo de actividades habituales, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como alteraciones del apetito, del sueño, agitación o una especie de enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, así como ideas y creencias excesivos e inadecuados de inutilidad, sensación de culpa, dificultades para el pensamiento o concentración y hasta ideas de muerte o suicidio que son recurrentes.

También, es común que lleguen a presentarse estados de tristeza, desamparo, vulnerabilidad por el amor propio disminuido, percepciones de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba, e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias cotidianas de la vida. (*Mackinnon, 1973*). La depresión, en tanto un estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todas estas características pueden o no estar presentes en una persona que la experimenta.

Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todas aquellas personas que caen en cuadros depresivos en los cuales, por lo menos una de estas manifestaciones está presente: la no realización de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal; o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. El núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, para algunos casos, ideas de muerte.

La tristeza, y con ella la apatía o el desánimo, es el síntoma más visible de la depresión, pero no es el único. Las personas deprimidas suelen tener también alteraciones del pensamiento, de forma que valoran negativamente sus capacidades o su responsabilidad en los acontecimientos y lo ven todo -su futuro, sus relaciones personales, de manera pesimista-. Esta es una razón por la que muchos depresivos adoptan una conducta autodestructiva e intentan suicidarse, toman drogas o caen en la bebida, el tabaco o el juego (*Fitzpatrick, 2006*).

Por otro lado, cabe señalar que la depresión origina, además de ansiedad, alteraciones en el funcionamiento del organismo: se pierde sueño y peso o, por el contrario y en menor medida, se duerme demasiado o se engorda; se produce una continua sensación de cansancio; son frecuentes los dolores de espalda o de estómago; y se pierde también el interés sexual y la capacidad para adaptarse a las situaciones de estrés. Además, la depresión afecta al sistema inmunológico, con lo que hay una mayor predisposición a contraer enfermedades.

3.2 Factores de riesgo de la depresión adolescente.

A pesar de la investigación y las interpretaciones desde distintos enfoques o aproximaciones no se ha concretado con precisión cuales son los factores que intervienen en la depresión. Sin embargo, de acuerdo a *García Martínez y Yáñez (2006)* la depresión puede originarse por factores biológicos, sociales y/o psicológicos:

A) Biológicos; pueden ubicarse también en lo genético, aunque no para asegurarse que un cuadro depresivo se herede, sino que solo posibilita la transmisión de desencadenantes que ocasionan ser vulnerable a dicho trastorno. Tal predisposición no asegura que las manifestaciones hereditarias de la depresión sean idénticas, o que se parezcan a las que ha padecido algún familiar, menos aún que las personas respondan de manera igual al tratamiento de antidepresivos, terapéuticos o farmacológicos. (*Sabanes, 1993, citado en García, Martínez y Yáñez 2006*)

Hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo, la información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.

No obstante, no queda claro cuál es el peso de los factores genéticos y cuál el de los factores ambientales en el desarrollo de la depresión. Para algunos autores, la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves, de depresión mayor, estarían más influenciados genéticamente.

B) Sociales; las condiciones sociales influyen en cualquier aspecto de la vida de la persona y pueden llegar a alterar su funcionamiento; en el caso de la depresión un elemento causal puede ser el estrés, por ser un agente nocivo dentro de la interacción del individuo-ambiente social. *Schitd (1993 en García op. cit.)* menciona que algunos de los desencadenantes del estrés son: cambio de vivienda, cambio o pérdida del trabajo, cambios en la estructura familiar.

Los factores familiares y/o el contexto social juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

“Los únicos goces puros y sin mezcla de tristeza que le han sido dados sobre la tierra al hombre, son los goces de familia.” (Giuseppe Mazzini, 1865)

El alcoholismo o drogadicción familiar, que en ocasiones llega a darse afectando al adolescente de manera directa o indirecta, también se han asociado a una mayor probabilidad de depresión entre los adolescentes, ya que sus padres al ser alcohólicos o drogadictos transmiten, mediante el ejemplo, este modo de ser.

De igual modo, el contexto familiar en el que vive el adolescente, juega un papel trascendental en el desarrollo de la depresión, ya que si el contexto de la familia no está estructurado o resulta estable, o no se tiene la confianza, apoyo y comunicación entre los miembros de la familia es aún más fácil para un adolescente caer en la depresión.

Los factores de riesgo más comunes dentro de la familia, son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescente. También las distintas formas de maltrato, como el abuso físico, emocional, sexual, y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes.

Con respecto a los riesgos en relación con el entorno, la depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. Entre estos problemas podemos mencionar el aspecto físico, ya que a muchos adolescentes les produce problemas su apariencia; si el físico no es acorde a lo que es aceptable para los demás, el o la adolescente se sienten mal con ello y pueden caer en una depresión. *(Graciela Pardo A. Adriana Sandoval D. y Diana Umbarila Z. 2004)*

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo para la depresión.

“El auténtico amigo es el que lo sabe todo sobre ti y sigue siendo tu amigo”. (Kurt Cobain, 1988)

Factores psicológicos. El temperamento, en apariencia, presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en el desarrollo y expresión de la persona. Por ejemplo, la afectividad negativa se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración). Conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas

Es importante obtener información de diversas fuentes no solo del adolescente. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar, etc.) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados. Veamos los siguientes datos:

- De acuerdo a la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil uno de cada 10 adolescentes en México ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida. De éstos, cerca del 28 por ciento presenta depresión severa.
- Los jóvenes con depresión profunda intentan el suicidio, el cual es la causa de muerte número 18 en nuestro país.
- Los cuadros de depresión en adolescentes son más frecuentes entre los 13 y los 16 años, en ambos sexos. Los jóvenes no tratados pueden tener un episodio depresivo cada seis meses o un año, lo que significa entre seis y 12 recaídas durante la adolescencia.
- De cada 10 adolescentes deprimidos menos de dos recibe tratamiento, esto se debe a la falta de conocimiento de los padres y maestros, e inexperiencia de médicos generales.

Otro tema a discutir, como consecuencia de la depresión en un adolescente, es el enamoramiento, muchas veces en esta etapa de la vida del adolescente es cuando se “abre al mundo”, cuando tiene la oportunidad de conocer a personas con las cuales se identifica, con las que tiene cosas en común, en las cuales encuentra apoyo y cariño, se siente apreciado por ellos y empieza la atracción por el sexo opuesto. Cuando somos adolescentes y nos enfrentamos por primera vez con el amor, nos suceden cosas que nos dejarán marcados para siempre. (*Rice, 2000*)

Con el enamoramiento, el adolescente empieza a separarse de su familia y a individualizarse, buscando su propia identidad. Sus relaciones de pareja son parte medular en su vida afectiva y un fuerte soporte para deslindarse de sus padres e iniciar un proceso de socialización con respecto a personas que los atraen sexualmente. Aquí es donde el adolescente necesita darse cuenta de que hay otras personas no tan incondicionales como la familia, pero a veces tan importantes como los propios padres.

El enamoramiento adolescente cumple con varias funciones psicológicas importantes, tiene que ver con encontrar al otro, pero no con quien pueda llevar una vida plena, sino con quien “me entienda”; ser aceptado, reconocido, sentirse atractivo e independiente de los padres. Otra característica básica es la búsqueda incesante, es decir, estar enamorados de una persona y al día siguiente de otra. En esto influye tanto el estilo de vida de los amigos, como las presiones del grupo.

Al buscar lo nuevo, los adolescentes experimentan ávidamente con la sexualidad. Los cambios frecuentes de pareja pueden expresar el temor a intimar demasiado con una persona y quedarse atado a ella; puede ser la necesidad de sentir que controlan a los demás, que pueden cambiar de pareja cuando ellos quieran y no cuando el compañero lo decida. Los adolescentes pueden sentir enamoramiento por personas accesibles: compañeros de clase, vecinos, o los amigos de hermanos mayores.

También puede ocurrir que se enamore de alguien inaccesible, ya sea por inseguridad o timidez, aunque lo viven tan intensamente como un amor real. En ocasiones el enamoramiento se convierte en una obsesión que puede provocar un gran dolor y angustia; en otros casos, se da un primer enamoramiento correspondido que implica cierta estabilidad en la relación.

El enamoramiento y noviazgos entre adolescentes están llenos de altibajos, aventuras, gratificaciones emocionales, ilusiones y expectativas; pero también de frustraciones, resentimientos y dolor. Dado que el noviazgo tiende a ser fugaz, es frecuente que se experimenten desilusiones ya que su inestabilidad emocional los hace sumamente vulnerables ante los cambios: quien un día puede ser “el príncipe azul” al otro será visto como “un tipo nefasto, odioso y molesto”.

“Es como un enorme agujeró que ha sido perforado a través de mi pecho...” (Stephenie Meyer, 2006)

Otro punto de interés para esta discusión es cuando termina el noviazgo. En ese momento se experimentan sentimientos dolorosos que pueden desequilibrar y causar mucho daño. Los sentimientos que pueden aflorar cuando se sufre una ruptura amorosa son: tristeza, soledad, ira y cólera, que llevan a sentimientos de venganza, daños hacia uno mismo o a la otra persona, tomar la determinación de no volver a enamorarse, etcétera.

En otros casos, es tal el dolor emocional y la depresión por no sentirse querido que se piensa en el suicidio. De hecho, se afirma que la segunda causa de suicidios en esta etapa de la vida es por problemas de pareja, sobre todo por abandonos y embarazos no deseados. (Rice, 2000)

Es necesario señalar que este proceso de conocimiento con el otro para formar una pareja es tan importante para los adolescentes que no tener novio puede convertirse en una catástrofe. Cuando esto sucede afecta la autoestima y es la causa de que se salga con el primero o primera que se presente, ya sea para tratar de aminorar los efectos de la supuesta soledad y frustración o para cubrir apariencias con los amigos, ya que la imagen que proyecta ante sus pares es vital para su desarrollo.

En suma, los adolescentes se enamoran con facilidad, están en la edad más propicia. Al hacerlo varias veces experimentan el deseo en distintas formas y con diferente trascendencia, a la vez que les da la oportunidad de conocer diversas experiencias afectivas. Todo esto les proporciona conocimiento de sí mismos y del comportamiento y actitudes de los demás, lo que constituye una experiencia invaluable para su futura conducta afectiva.

En todo este proceso a los padres les corresponde apoyar y estar muy de cerca con sus hijos, dándoles la oportunidad de experimentar de forma individual su etapa de enamoramiento; cuidar los cambios de humor y estar al pendiente de su estado de ánimo, sobre todo en procesos depresivos, momento en el que conviene hablar acerca de los cuidados de su cuerpo y de cómo vivir una sexualidad plena y responsable, para lograr una práctica

del sexo seguro y, sobre todo, de brindar mucho amor y respeto acerca de su elección de pareja, recordando que mientras más se prohíba una relación, se hace más atrayente para el adolescente.

El mundo adolescente con todo lo que implica a nivel fisiológico, psicosocial, educativo y, cuando es el caso, por los escasos recursos con los que cuentan los y las jóvenes para enfrentarlo de una forma efectiva, aunado a las pobres posibilidades de apoyo familiar, social e institucional, hacen que la depresión o la presencia de síntomas sea muy frecuente durante el proceso adolescente. Se calcula que un 20% de la población mundial joven, podría padecer de depresión. (Powel, 1995)

3.3 Características/Síntomas de la Depresión en adolescentes.

Las características de la depresión, en los adolescentes, son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera que son el producto de los cambios hormonales, lo que, en muchos casos dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. (Blos, 2000)

Esto se debe tener muy presente, ya que muchos de los familiares y/o personas más cercanos al adolescente puede que se den cuenta de los cambios, o de la presencia de algún síntoma pero, al verlo como algo normal, no se acercan a platicar, indagar el problema o no estar pendientes de cómo está el joven, simplemente lo dejan pasar y muchas de las veces es tarde para poder rectificar. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento. (Lehalle, 1989)

Los resultados de la investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) muestran que ha aumentado la depresión en los adolescentes, lo cual representa actualmente un problema dentro de la sociedad del Distrito Federal. En este sentido, cabe considerar que los adolescentes no necesitan “razones de peso o lo suficientemente fuertes o negativas” para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos, no son capaces en muchas ocasiones de aceptar el apoyo, ayuda o consejo de alguien más, ya que se sienten incomprendidos, suponiendo que nadie puede entender por lo que pasan.

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes pueden no ser asimilados en forma adecuada por algunos de ellos, lo cual les genera depresión. Suele suceder que no saben controlar del todo sus emociones y en ocasiones llegan a confundir o malinterpretar unas emociones por otras, es por eso que se debe trabajar este aspecto con ellos, para que las entiendan y sepan manejarlas. El cambio de la sexualidad llega a resultar confuso y negativo para ellos ya que cambia su cuerpo y dejan de sentirse ellos mismos, preguntándose cómo controlar esos cambios, ya que ahora tienen que vivir con ellos, sin embargo, les cuesta asimilarlos y aceptarlos. (Pardo G., Sandoval A. y Umbarila D., 2004)

Es importante considerar el tiempo en el que se presentan los síntomas; los padres no deben dejarse llevar por los cambios hormonales, sino que deben actuar ante cualquier cambio de comportamiento en el joven, siempre hablar, comunicarse al notar algo inusual en el hijo o hija, previniendo así que tiendan aislarse y a tener ideas suicidas por los sentimientos de culpa y de incapacidad para afrontar la vida diaria.

La depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto. En algunos casos se puede confundir este comportamiento alterado con el síndrome de falta de atención, agresividad, hiperactividad, desórdenes de la alimentación, problemas del sueño, cuando en realidad la condición de fondo es la depresión. (*J.L Pedreira y J. Tomas, 2001*)

Corresponde a los padres, familiares, amigos cercanos, maestros o psicólogo, el estar con los ojos muy abiertos para detectar este tipo de sintomatología en los adolescentes, y poder así brindarles la mejor y más pronta orientación. En general, la depresión puede cambiar o deformar la manera en que los adolescentes se ven a ellos mismos y sus vidas, así como a las personas con quienes interactúan. Los adolescentes con depresión, por lo general, tienden a percibir negativamente los acontecimientos, de forma exagerada, en ocasiones sin prestar la debida importancia, llegando incluso al extremo de ser incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

Según *Del Barrio (1990)* se pueden llegar a enlistar cuarenta síntomas distintos en la depresión de los adolescentes, se enumeran los más habituales y categorizados a las áreas que pertenecen:

a) Emocionales: tristeza, pérdida del disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, irritabilidad, desesperanza, llorar excesivamente, ausencia de interés por las cosas.

b) Motores: inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad.

c) Cognitivos: falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas suicidas, pensamientos morbosos, bajo rendimiento.

d) Sociales: aislamientos, riñas, desobediencia, rabietas, problemas de conducta en la escuela, delincuencia, drogas.

e) Psicósomáticas: enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida o aumento de peso, distintos dolores, pesadillas, cambios en el sueño y apetito.

Los síntomas que se reconocen como tales por la mayoría de los especialistas en el tema son: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida del peso y/o apetito, aislamiento social, hiperactividad y malestar. Estos síntomas, que en su mayoría son interiorizados, son parecidos a la depresión de un adulto; sin embargo, en la depresión juvenil se dan también ciertos síntomas propios, como son el caso de los problemas de conducta, enuresis, rabietas, desobediencia, etc.

Esta mezcla de conductas interiorizadas (baja autoestima, tristeza, etc.) y exteriorizadas (protesta, irritabilidad, rabia, etc.) de la depresión, ha llevado a diversos autores a pensar en una “depresión enmascarada” (*Glaser, 1967, Cytryn y Mcnew, 1974*) Quizá este sea uno de los motivos que explique la tardanza en el reconocimientos de la depresión en los adolescentes.

3.4 Complicaciones y Riesgos.

En cualquier caso, existe una serie de circunstancias que son fuente clara de depresión. La muerte de un ser querido es una de las más específicas, pero en general habría que considerar cualquier situación de estrés en la que se exija al individuo un rendimiento superior a su capacidad. Por otra parte, las relaciones interpersonales son también un factor a tener muy en cuenta, ya que tanto en situaciones de ruptura como en aquellas donde se produzca una falta de respeto, cariño o valoración de la persona la depresión puede hacerse presente.

Sin embargo, aunque en estos casos la causa de la depresión parece ser muy concreta, el origen no siempre está tan claro. No es infrecuente que personas que viven una situación de éxito en todos los aspectos estén deprimidas y esto puede deberse a que se sientan interiormente incapaces de estar a la altura de las circunstancias. En cualquier caso, las razones son muchas veces inadvertidas y es necesario ahondar en ellas con ayuda especializada. A razón de lo que establecen las estadísticas, las mujeres parecen ser (en una proporción de tres a dos) las más propensas a padecer depresión, aunque los expertos aseguran que cualquier persona está predispuesta a sufrirla.

La adolescencia, y la etapa que comienza en torno a los 50 años, son los períodos más proclives para padecer una depresión, ya que son épocas de alteraciones hormonales donde se producen grandes cambios en la vida de las personas. Sin embargo, en cualquier edad se puede desarrollar, ya que incluso cada vez está aumentando más la depresión entre los niños. Las razones todavía son inexplicables para los expertos. Algunas de las complicaciones que provoca o tiene gran probabilidad de generar una depresión son:

- Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
- Efectos sobre el desempeño escolar y las relaciones interpersonales
- Otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad
- Suicidio en adolescentes
- Violencia y comportamiento imprudente

Por lo general, los adolescentes con problemas psiquiátricos adicionales llegan a requerir un tratamiento más prolongado e intensivo.

El suicidio. Evidentemente el riesgo más importante de la depresión es el suicidio. En este sentido es importante recordar que los adolescentes, como parte sustancial de su ser, tienen factores suicidas intrínsecos: el adolescente cree que no le va a pasar nada y tiene tendencia a realizar conductas de mucho riesgo, como por ejemplo manejar vehículos automotores a altas velocidades, o bien exponerse en extremo a situaciones diversas.

En ciertos casos, al observar más de cerca algunas de estas conductas es notable que sí pudieran estar relacionadas con núcleos depresivos. Como ya lo señalara *Emile Durkheim (citado en Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000)*, la tasa social de suicidio constituye un buen indicador del estado de una sociedad, pues el aumento de suicidios suele estar asociado a problemas más generales que afectan a todo el colectivo social. Él estaba convencido de esto desde hace casi un siglo, cuando construyó esta explicación para dar cuenta del aumento de las tasas de suicidio en su época. Pese al tiempo transcurrido, los mismos autores señalan también que creen que la misma explicación puede servirnos hoy para iluminar algunos aspectos del problema del suicidio.

En México, de acuerdo a los resultados de las encuestas del *INEGI (2001)*, 60% de los intentos de suicidio sucede entre la población de 15 a 29 años, así como 50% de los suicidios (el resto está dividido en: 40% entre personas de 30 y 40 años, 5% entre 65 y 75 años, 3% personas de 75 años en adelante, y 2% en personas menores de 15 años).

Está comprobada la presencia de diferentes trastornos psicopatológicos en los comportamientos suicidas (por ejemplo, importantes regresiones, empobrecimiento de las funciones relacionadas con la estructura del yo, uso inadecuado de los mecanismos de defensa, etc.), trastornos que contribuyen a la génesis de comportamientos suicidas en la medida que provocan sufrimiento psicológico, disminución de las defensas del yo, desesperación y desesperanza.

También se ha encontrado que más de la tercera parte de quienes completaron actos suicidas, así como el 10% de los que revelaron tener ideas acerca de la muerte eran consumidores de alcohol y otro tipo de drogas (*Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000*), actividades que sin duda están en incremento en nuestra población adolescente.

Entre los principales procesos emocionales involucrados en comportamientos autodestructivos pueden citarse: internalización de sentimientos agresivos, identificación con personas que han muerto, autoevaluación, percepciones ilógicas e irreales de sí mismo, auto atribuciones negativas, fijación de metas personales de vida poco reales con expectativas ilusorias de éxito.

Así mismo, las situaciones de estrés, el abuso sexual familiar, conflictos familiares, problemas matrimoniales en familias muy inestables, aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y amigos son otros factores de peso en los procesos depresivos.

Es por esto que nos dice *Galende (2008)* que conviene: *“el análisis de lo que constituyen los rasgos culturales actuales, su impacto en los modos de vida, intentando relacionarlos con los nuevos problemas del malestar psíquico y las formas de su expresión”*.

En los casos más severos de depresión, los jóvenes pueden comenzar a pensar en el suicidio. Muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como “accidentes” de severidad considerable, como en las muertes que ocurren como resultado de conducir vehículos automotores a exceso de velocidad, en ocasiones bajo el efecto de drogas o por el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos, lo cual puede ser interpretado como acciones suicidas.

3.5 Psicólogos y Diagnóstico.

“Si queremos comprender los nuevos malestares psíquicos y sus formas de expresión actual, creo estamos racionalmente obligados a entender el nuevo desenvolvimiento de la sociedad en que vivimos.” (Galende, Emiliano)

La depresión en adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternar en períodos de horas o días. A veces, cuando se les pregunta directamente, los niños o los adolescentes dirán que no son felices o están tristes.

Los médicos siempre deben preguntar a niños o adolescentes sobre síntomas de depresión. Es conveniente que los médicos lleven a cabo un examen físico y ordenen exámenes de sangre para descartar causas médicas de los síntomas, de igual modo, evaluar al adolescente en búsqueda de signos de drogadicción. El alcoholismo, el consumo frecuente de marihuana y de otras drogas pueden ser causados u ocurrir debido a la depresión.

Así mismo, puede practicarse una evaluación psiquiátrica responsable, para documentar los antecedentes de tristeza, irritabilidad, al igual que pérdida del interés y placer del adolescente en actividades normales. El médico buscará signos de otros trastornos psiquiátricos, como ansiedad, manía o esquizofrenia. Una evaluación cuidadosa ayudará a determinar los riesgos de suicidio u homicidio, es decir, si el adolescente es un peligro para él mismo o para los demás. La información de familiares o personal de la escuela con frecuencia puede ayudar a identificar la depresión en los adolescentes.

Corresponde al psicoterapeuta, en esta labor de diagnóstico, identificar las áreas de la vida en que se ha deteriorado la funcionalidad y las habilidades que se han debilitado, han dejado de practicarse o bien hace falta desarrollar para enfrentar o superar la condición existencial en la que se encuentra el depresivo.

Por eso, nos dice *Galende (2008)*, que *“debemos adentrarnos para visualizar en qué consiste, cuales son las razones de estos nuevos malestares de la vida psíquica”*; esto porque, continua *Galende*, *“en el seno de la vida social una gran cantidad de malestares vinculados a la existencia se presentan ahora como demandas de atención psiquiátrica o psicológica, en una ampliación que aún no encuentra sus límites.”*

CAPÍTULO 4: TÉCNICAS NO INVASIVAS/TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS



Imagen 4: Energía

En este capítulo, se expondrán las distintas técnicas no invasivas que se proponen para el tratamiento de la depresión en la adolescencia. Las técnicas son novedosas y dan la oportunidad de realizar un tratamiento terapéutico realmente dinámico.

No se pretende menospreciar las demás técnicas o corrientes psicológicas, ya hasta nuestros días han sido eficaces y han dado resultados positivos, pero lo que se pretende con estas nuevas técnicas es dar oportunidad a los pacientes de ser dinámicos, que manejen su energía de manera positiva, reflexionen sobre sus habilidades, que conozcan la resiliencia y cómo, a través de esta, podemos mejorar la situación y ser capaces de superarla.

Esperamos lograr con esta aportación que se tome en consideración estas técnicas, que se logre aplicarlas como nuevas opciones para el adolescente y, en especial, con el adolescente de nuestros tiempos. Establecer así una clara distinción entre lo que la ciencia ha demostrado de manera fehaciente que no existe (en cuyo caso debemos aceptarlo como inexistente) y lo que la ciencia no ha podido demostrar (*Goleman, 2002*)

4.1 Tensegridad o Pases Mágicos.

***“Templa tu espíritu, llega a ser un guerrero,
aprende a ver, y entonces sabrás que no hay
fin a los mundos nuevos para nuestra visión.”***

(Carlos Castañeda)

En 1993, ***Carlos Castañeda*** presentó públicamente, en un libro, los denominados *pases mágicos*, culminación de las artes hechiceras toltecas, que fueron transmitidas de maestro a aprendiz durante generaciones. Les llamó ejercicios de Tensegridad (contracción de "tensión" e "integridad") tomando prestado el término de un concepto de diseño estructural planteado por el arquitecto e ingeniero norteamericano *Richard Buckminster Fuller*, personaje que fundó la organización Cleargreen. Para difundir estos ejercicios, Castañeda realizó numerosas apariciones en diversos actos.

Estas “presentaciones públicas” que *Castañeda* hizo de los postulados toltecas fue una ruptura con respecto a la etapa anterior de aislamiento, y sorprendió a muchos, por no haber mencionado los *pases mágicos* en sus libros

anteriores. Sin embargo, más sorprendente resulta el hecho de que no se hayan encontrado evidencias de este tipo de movimientos entre los indios mesoamericanos.

Diversos y hasta contradictorios son los juicios que se han hecho con respecto a su obra, y otros tantos acerca de su persona, que no tiene caso citar, al menos para el contexto de este trabajo. Sin embargo, nos parece indiscutible que todo ensayo intenta “tocar” lo esencial del “conocimiento silencioso”. En parte porque tiene que ver con una percepción diferente del mundo y de la vida, que hasta el momento le ha costado mucho trabajo asimilar a la cultura occidental, quizá por su naturaleza saludable o por el atrevimiento de promover la fortaleza de la voluntad y el poder personal.

“Para poder intentar, uno debe poseer destreza física y mental y un espíritu claro [...] Don Juan me dijo que esos chamanes del México antiguo descubrieron y desarrollaron un gran número de procedimientos para alcanzar bienestar físico y mental, procedimientos que llamaron pases mágicos.” (Castañeda, 2000)

Desde esta perspectiva, se parte de que los seres humanos contenemos una carga corporal energética que, metafóricamente, nos hace ver como “huevos luminosos” según describe Don Juan Matus (citado por Castañeda, 1993). Esta carga energética no se puede aumentar, además, el “huevo luminoso” en el ejercicio de su vida, deja de utilizar grandes cantidades de energía que se van “depositando” en lugares no accesibles para la conciencia común u ordinaria.

Estos “depósitos” de energía tienen que ser activados e incorporados al torrente energético de uso cotidiano para, con ello, proporcionarle energía “fresca” no solo al cuerpo, sino a la voluntad.

Finalmente, y con la intención de tener tan solo una referencia común que sirva de contexto elemental para el manejo de la idea en estas líneas, presentamos la siguiente definición y características de lo que se entiende por voluntad:

“Voluntad (del latín voluntas) es la potestad de dirigir el accionar propio. Se trata de una propiedad de la personalidad que apela a una especie de fuerza para desarrollar una acción de acuerdo a un resultado esperado.

La voluntad implica generalmente la esperanza de una recompensa futura, ya que la persona se esfuerza para reaccionar ante una tendencia actual en pos de un beneficio ulterior. La voluntad ha motivado todo tipo de debates filosóficos ya que está vinculada a lo que se desea realizar y al entendimiento de las razones por las cuales un sujeto escoge hacer eso.

Por lo tanto, la voluntad tiene relación con el libre albedrío. La voluntad también está relacionada al poder de elegir de la conciencia, el sentimiento y la acción.”

4.1.1 ¿Qué es Tenseguridad y qué son los Pases Mágicos?

Tenseguridad es la versión moderna del nombre que se da a los Pases Mágicos y significa al modo de ser, fluido y eficiente (el camino con corazón), ante los avatares de la vida y el reto permanente del deterioro existencial. Los pases mágicos son llamados ejercicios de tenseguridad por Castañeda (1998) y se constituyen por la combinación de dos términos, *tensión e integridad*; esto se logra con la actividad creada por la contracción y la distensión de los tendones y músculos del cuerpo -*tensión*-. La *integridad* es el acto de considerar el cuerpo como una unidad sana, completa y perfecta.

Tensegridad, un término que pertenece a la arquitectura y significa “la propiedad de armazones que emplean miembros de tensión continua y miembros de compresión discontinua, de tal manera que cada miembro opera con máxima eficiencia y economía”. Castañeda (2000)

Asegura *Castañeda* que la *Tensegridad* es un arte: constituye la herramienta esencial para aquellos viajeros de lo desconocido. Los pases mágicos tienen como premisa fundamental que, al activar y devolver la energía a nuestros cuerpos físicos, se despierta nuestro vínculo con la fuerza vital que nos sostiene. Una fuerza activa y vibratoria del universo que los chamanes llaman *intento inflexible*.

En este orden de ideas, nos dice *Castañeda (1998)*, que *“Intentar es mucho más simple, y al mismo tiempo, infinitamente más complejo. Requiere imaginación, disciplina y propósito.”* [...] *“Lo importante es que sepas exactamente por qué quieres comprometerte”*.

Así mismo, señala que: *“Para poder intentar, uno debe poseer destreza física y mental y un espíritu claro [...]”*

Don Juan me dijo que esos chamanes del México antiguo descubrieron y desarrollaron un gran número de procedimientos para alcanzar bienestar físico y mental, procedimientos que llamaron pases mágicos.” (*Castañeda, 2000*)

Los pases mágicos son posiciones y movimientos del cuerpo, aunados a la respiración, fueron ensoñados y acechados por los primeros videntes del linaje de “brujos” (Juan Matus, personaje central en las obras de *Castañeda*, los denomina hombres de conocimiento) conocidos desde hace miles de años como una herramienta vital.

El acceder a estas posiciones mediante la respiración otorga al practicante un medio sencillo y accesible de incrementar su bienestar, al redirigir su energía, restaurando el flujo de su vitalidad natural; esto le posibilita estar presente en cada experiencia, en lugar de estar atado en pensamientos y emociones del pasado. Un estado de presencia tal otorga al practicante la energía y el enfoque necesarios para recapitular, o revisar, su propia vida.

Así pues, se produce un nuevo estado de conexión con otros, con uno mismo, con la naturaleza y con toda la vida que hay en ella (la que nos es visible y hasta la que no), al igual que con los planetas, con las estrellas y con el universo; así mismo, promueve la toma de nuevas decisiones respecto al modo en que usamos nuestra atención y energía en las diversas situaciones de nuestra vida cotidiana. Esta situación nos lleva a considerar lo dicho por *Castañeda (1998)*, para que se puedan enfrentar de buen ánimo y con fortaleza suficiente estos cambios:

“El espíritu de un guerrero no está orientado a consentirse o quejarse, ni está orientado a ganar o perder. El espíritu de un guerrero sólo está orientado a la lucha, y cada lucha la vive como si fuera su última batalla en la tierra.”

La *Tensegridad*, o pases mágicos, se refiere a la interacción entre el tensarse y el relajarse de tendones y músculos, con su contraparte energética, en forma tal que se promueva la integridad total del cuerpo en tanto unidad física y energética, así como la conciencia de que todas las partes de nuestro ser (tendones, músculos, huesos, el sistema nervioso, los órganos, etc.) funcionan juntos, integrando un flujo de energía saludable.

En cuanto a la vida cotidiana, *Castañeda (1993)* señaló que la Tensegridad es un arte: “*el arte de adaptarse a la vibración, disponibilidad y movimiento de la energía propia y de los otros, de forma tal que contribuyamos a la integridad de la comunidad que conformamos*”.

4.1.2 Antecedentes.

La historia que a continuación se narra sobre los pases mágicos y los comienzos de su aprendizaje es hecha por Carlos Castañeda, quien a principios de los años sesenta y cercano a finalizar sus estudios de antropología en la Universidad de California, viajó al desierto de Sonora, México, para recopilar información sobre los usos medicinales tradicionales de ciertas plantas psicotrópicas o alucinógenas entre las etnias indígenas.

Según describe *Castañeda*, en una estación de autobuses de un pueblo norteamericano fronterizo con México, mediante un antropólogo conocido de él, contactó a un indio yaqui, a quien en sus libros lo refiere con el seudónimo de Don Juan Matus, que en menos de un año, y tras frecuentes visitas por parte de *Castañeda*, lo tomó como aprendiz.

Resulta revelador que su primer libro lo titulara “*Las enseñanzas de don Juan, una forma yaqui de conocimiento*”, *Don Juan Matus* fue un indígena nacido en Yuma, Arizona. Su padre, indio yaqui, nació en el estado de Sonora, México, y su madre, una india Yuma nacida en Arizona.

Don Juan vivió en su ciudad natal hasta los 10 años, después su padre lo llevó a Sonora, donde se vieron envueltos en las endémicas guerras de los yaquis contra los mexicanos. Su padre murió y *Don Juan* terminó viviendo en el sur de México con familiares que se hicieron cargo de él, contaba con 10 años de edad.

Cuando cumplió los 20 años, tuvo contacto con un brujo maestro, Julián Osorio, quien lo introdujo en el linaje de brujos que tenía 25 generaciones de antigüedad. Cabe señalar que para *Castañeda* “brujo” es un hombre de conocimiento.

Siguiendo la tradición de su linaje, *Don Juan Matus* enseñó algunos movimientos físicos, a los que él denominaba “pases mágicos”, a sus 4 discípulos: *Taisha Abelar, Carol Tiggs, Florinda Donner-Grau y Carlos Castaneda*.

Les enseñó a los 4 con el mismo espíritu con que le fueron enseñados, con una diferencia notable, eliminó los excesivos rituales que a lo largo del tiempo habían envuelto la enseñanza y la realización de esos pases mágicos.

Al respecto, *Don Juan* comentó que el ritual había perdido su fuerza a medida que las nuevas generaciones de practicantes se iban interesando más por la eficiencia y la funcionalidad. Le recomendó a *Carlos Castañeda* que por ningún motivo debía hablar de los pases mágicos con los demás y fundamentó esa prohibición en el hecho de que los pases mágicos eran privativos, de cada individuo, y su efecto tan impactante que era mejor practicarlos sin discutirlos.

Don Juan Matus les enseñó todo lo que sabía, presentó a detalle, reafirmó y explicó hasta el más mínimo matiz de su saber. Por lo tanto, todo cuanto explicó acerca de los pases mágicos es resultado directo de sus enseñanzas. Los *pases mágicos* no fueron inventados, los descubrieron los antiguos chamanes del linaje de *Don Juan* que Vivían en México, mientras se encontraban en estados chamanísticos de conciencia acrecentada y fueron el resultado de un descubrimiento de cierto modo accidental.

Al estar en esos estados de conciencia acrecentada, experimentaban los chamanes cuando mantenían determinadas posiciones físicas, o cuando movían su cuerpo o sus miembros de una manera específica. Esta sensación de bienestar era tan intensa que el deseo de poder repetir esos movimientos mientras estaban en estado consciente, se convirtió en el centro de todos sus esfuerzos.

Con el tiempo, los chamanes llegaron a ser conocedores de una serie muy compleja de movimientos que, al ser ejecutados, permitían un importante incremento de su destreza física y mental.

Sus resultados alcanzaron niveles tan trascendentales que fueron llamados “*pases mágicos*”. *Don Juan* al enseñar los pases mágicos, se apartó de lo tradicional y reformuló el objetivo pragmático de los mismos, el cual era redistribuir y equilibrar la energía.

Los brujos del linaje de *Don Juan* estaban convencidos de que existía una cantidad de energía inherente a cada uno de nosotros, cantidad que no puede ser aumentada o reducida por obra de ningún tipo de acción externa. Creían que esa cantidad de energía era suficiente para lograr romper los parámetros de la percepción normal.

Don Juan Matus estaba convencido de que nuestra capacidad de romper con esos parámetros había sido generada tanto por nuestra cultura como por nuestro entorno social. Sostenía que, en ese entorno, se nos exige encauzar toda nuestra energía inmanente hacia comportamientos preestablecidos, lo cual no nos permite traspasar límites de la percepción normal. Para él el éxito está determinado solo por la posibilidad de acceder o no a la energía y poder redistribuirla.

Al impartir *Don Juan* su instrucción, recalca en todas las formas posibles el hecho de que la destreza física y el bienestar mental deben permanecer equilibrados y al estarlo ayudaban al individuo a lograr mayor bienestar. El excelente estado físico de *Don Juan* era producto de la rigurosa ejecución de los *pases mágicos*, por lo que el primer paso hacia la redistribución de nuestra energía inmanente era, según él, el tema crucial en la vida de los chamanes y, así mismo, en la vida de cualquier persona.

La redistribución de la energía es un proceso que consiste en transportar, de un lugar a otro, la energía que ya existe en nuestro interior. Dicha energía ha sido desplazada de los centros de vitalidad de nuestro cuerpo, a fin de generar un equilibrio entre la lucidez mental y la destreza física.

A la capacidad de percibir ese flujo de la energía por el universo le llamaban “*ver*”. Describían ese ver como un estado de conciencia acrecentada, en el cual el cuerpo humano es capaz de percibir la energía en su flujo, como una corriente, una vibración, similar a la del viento.

Otro tema que surge como consecuencia de la capacidad de “*ver*” la energía que fluye en el universo, fue el descubrimiento de la configuración energética del ser humano. Esta configuración energética era, para los chamanes, un conglomerado de campos energéticos aglutinados por una fuerza vibratoria que los unía en una luminosa bola de energía.

Para los brujos del linaje de *Don Juan*, el ser humano tenía una forma esférica, de ahí que lo denominaran esferas luminosas. Esta esfera de luminosidad era considerada por ellos como nuestro verdadero yo, verdadero en el

sentido de que es irreductible en términos de energía; y es irreductible porque la totalidad de los recursos humanos está involucrada en el acto de percibirlo directamente como energía.

Pases Mágicos: *Don Juan* señala como fue que los antiguos brujos inventaron los pases mágicos, comenta que todo comenzó con la extraordinaria sensación de bienestar que ellos experimentaban cuando se encontraban en un estado chamánico de conciencia acrecentada. Sentían un rigor tan enorme y fascinante, que hicieron todo lo posible por crear esa sensación en su estado normal. Los chamanes descubrieron que cada vez que se producía esa sensación, estaban realizando algún tipo de movimiento físico.

Es decir, cada vez que entraban en trance, se movía involuntariamente el cuerpo, de forma determinada, y que esa forma determinada de movimiento era la causa de aquella sensación inusual de plenitud física y mental.

Así, empezaron a recomponer parte por parte, aquellos movimientos que lograban recordar; sus esfuerzos dieron frutos y consiguieron recrear algunos de los que habían parecido reacciones corporales automáticas. Alentados por su éxito, reconstruyeron cientos de esos movimientos.

Los chamanes de la antigüedad denominaron “*los pases mágicos*” de ese modo ya que producen un efecto que no puede ser explicado, ni por el propio *Don Juan*. Esos movimientos no son ejercicios físicos ni simples posturas del cuerpo. Son un intento real y profundo por alcanzar un estado óptimo de ser.

“La primera vez que Don Juan me habló extensamente sobre los pases mágicos fue cuando hizo un comentario despectivo acerca de mi peso.

-Estás demasiado rechoncho, me dijo, mirándome de pies a cabeza, sacudiendo la suya en señal de desaprobación. Estás a un paso de ser gordo. Ya empiezas a mostrar señales de desgaste [...] Llegó la hora de que tomes en serio uno de los mayores descubrimientos de los chamanes: los pases mágicos.-

¿De qué pases mágicos me está usted hablando, Don Juan? Pregunté, realmente molesto. ¿Cómo puedo tomarlos en serio si nunca he escuchado nada sobre ellos? ¿Por qué se llaman pases mágicos?

-No solo se llaman pases mágicos –dijo-, ¡son mágicos! Producen un efecto que no puede explicarse de manera ordinaria. Estos movimientos no son ejercicios físicos o meras posturas del cuerpo; son verdaderas tentativas para alcanzar un estado óptimo de ser.” (Castañeda, 2000)

La magia de los movimientos es un cambio sutil que el practicante experimenta al ejecutarlos, una cualidad que el movimiento aporta al estado físico y mental, una especie de resplandor, una luz en los ojos. Ese cambio sutil es un “toque del espíritu”. Su verdadera magia radica en lograr hacer que la energía desplazada hacia la periferia vuelva a los centros de vitalidad, alcanzando la sensación de bienestar y autodominio que experimenta el practicante.

Cada vez que se ejecuta un pase mágico estamos alterando la estructura básica de nuestro ser; la energía, que normalmente está latente, se libera y comienza a ingresar en los vórtices de vitalidad del cuerpo.

Tensegridad: Es la versión moderna de los *pases mágicos*, es una combinación de dos términos, tensión e integridad, que denotan las dos fuerzas impulsoras de los pases mágicos:

- 1) La actividad creada por la contracción y la distensión de los tendones y músculos del cuerpo es la tensión y,
- 2) la integridad es el acto de considerar el cuerpo como una unidad sana, completa y perfecta.

La *Tensegridad* se enseña como un sistema de movimientos, dado que, en un entorno moderno, es la única forma en que resulta posible abordar el vasto y misterioso tema de los *pases mágicos*.

Otro aspecto que debe tenerse presente cuando se practica la *Tensegridad* es el hacer un esfuerzo por mantener esta actividad al margen de las preocupaciones cotidianas, o en este caso mantener alejada la tristeza, depresión o cualquier sentimiento negativo. Cabe retomar, al respecto que:

“El camino del guerrero ofrece al hombre una vida nueva, y esa vida tiene que ser completamente nueva. Él no puede traer a esa nueva vida sus viejos y horribles hábitos.” (Castañeda, 1998)

Es conveniente considerar que, al practicar los ejercicios de *Tensegridad*, cada movimiento debe ser ejecutado con la idea de que el beneficio de los pases mágicos llegará por sí mismo, a través de la práctica constante.

4.1.3 Objetivo.

El realizar esta serie de movimientos y, con ayuda de la respiración, tiene como objetivo otorgar al practicante un medio sencillo y accesible de incrementar su bienestar, al redirigir su energía psicofísica, restaurando el flujo de su energía natural: esto le posibilita estar presente en cada experiencia, en lugar de estar atado en pensamientos y emociones a sitios o momentos distintos del presente.

El practicante también obtiene la energía y el enfoque necesarios para recapitular, o revisar, su propia vida, posibilitando un nuevo estado de conexión con los demás y, evidentemente, con uno mismo.

4.1.4 Técnicas.

Existen determinados elementos que es preciso tener en cuenta cuando se ejecutan los pases mágicos, a fin de realizar los movimientos con una eficacia máxima, veamos cómo se describen en la siguiente tabla:

1. Todos los pases mágicos pueden repetirse tantas veces se desee. Como norma, cada pase mágico de las series comienza por el lado izquierdo, por ser el lado vital, donde se encuentra el corazón.
2. Los pies se mantienen separados a una distancia equivalente al ancho de los hombros, ya que es una forma equilibrada de distribuir el peso del cuerpo.
3. Durante la realización de todos los pases mágicos las rodillas se mantienen ligeramente flexionadas.
4. Los músculos posteriores de las piernas deberán estar tensionados. Según Don Juan los sentimientos se alojan allí y se estancan; podemos liberarlos haciendo que fluyan con ayuda de los movimientos.

5. Al ejecutar todos los pases mágicos, los brazos siempre deben mantenerse ligeramente flexionados en los codos.
6. El pulgar se debe mantener siempre en una posición trabada, es decir, que se dobla sobre el borde de la mano, nunca debe sobresalir.
7. Cuando la mano se cierra para formar un puño, el dedo meñique deberá ser elevado a fin de evitar formar un puño angular, en el cual el dedo medio, el anular y el meñique caigan. La idea es que al formar un puño cuadrado, el anular y el meñique deban ser levantados a fin de crear una tensión peculiar en la axila, una tensión muy deseable para lograr bienestar general.
8. Las manos, cuando tienen que estar abiertas, se mantienen totalmente extendidas.
9. Cuando hay que contraer los dedos en la segunda articulación y doblarlos fuertemente sobre la palma, los tendones del dorso de la mano están tensionados al máximo, sobre todo los del pulgar.
10. En muchos movimientos de Tenseguridad, las muñecas deben doblarse hacia delante o hacia atrás, contrayendo los tendones del antebrazo y formando un ángulo de aproximadamente noventa grados. Esta flexión debe ser lograda lentamente y es importante que adquieran la flexibilidad necesaria para echar el dorso de la mano hacia atrás, a fin de lograr el máximo ángulo posible con el antebrazo.
11. Otro tema importante en la práctica de la Tenseguridad es lograr una actitud denominada conectar el cuerpo. Ésta es una acción muy particular, en la cual todos los músculos del cuerpo, y específicamente el diafragma, se contraen por un instante.
12. La respiración es de suma importancia, por lo que es recomendable que, en los movimientos de la Tenseguridad que exijan inspiraciones y expiraciones profundas, las mismas sean logradas a través de una entrada y una salida lenta del aire, a fin de hacer que las inhalaciones sean más prolongadas y profundas.

Tabla 1 Elementos a tomar en cuenta al realizar los pases mágicos

En el mismo sentido de la ejecución eficaz, se presenta la descripción de los pases mágicos, en un desglose que implica toda una serie, indicando los beneficios que se pueden obtener con su ejercitamiento constante. A continuación, se describirán y se mostrarán los ejercicios con los cuales se tiene planeado que el adolescente pueda juntar energía nueva, en este tipo de terapia, para usar esa nueva energía en su proceso de sanación.

1. Moler la energía con los pies. Apoyándose sobre el área de la planta de los pies, el cuerpo rota de izquierda a derecha y de derecha a izquierda, a fin de lograr el equilibrio. Luego, el peso del cuerpo se desplaza a los talones y, a partir de entonces, todos los movimientos de giro son realizados tomando aquellos como eje. Los brazos se mantienen flexionados en los codos, con las manos señalando hacia afuera y las palmas enfrentadas. Los brazos se mueven con un impulso desde los hombros y los omóplatos, este movimiento de los brazos involucra por completo las extremidades y los órganos internos. Un beneficio físico adicional de este tipo de energía es un incremento de la circulación sanguínea en los pies, las pantorrillas y los muslos, hasta la zona de la ingle. Mejora la flexibilidad en los brazos y piernas cuando se sufre algún tipo de accidente con lesión.

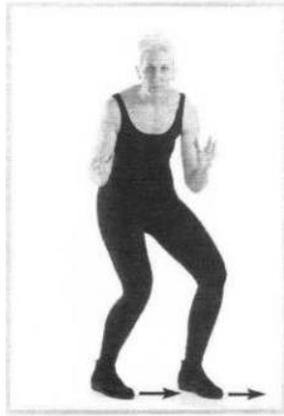


Imagen 5: Moler energía

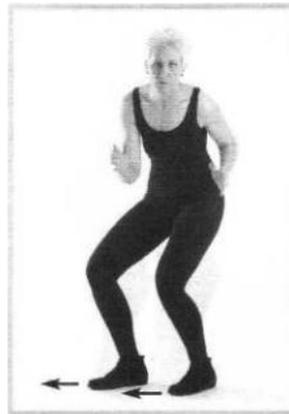


Imagen 5.1: Moler energía

2. Mezclar la energía golpeando el piso con los talones. Este pase mágico es similar al movimiento de caminar sin moverse de lugar. La rodilla realiza un movimiento enérgico hacia arriba, mientras que la punta del pie sigue apoyada en el suelo. El peso del cuerpo se apoya sobre la otra pierna. El peso del cuerpo va, alternadamente, de una pierna a otra, siempre sobre aquella que permanece quieta, mientras la otra realiza el movimiento. Los brazos se mueven al igual que en el ejercicio anterior. La consecuencia física de este pase mágico es el estado de bienestar en la zona pelviana.

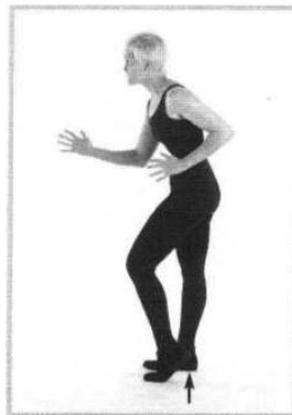


Imagen 6: Mezclar energía

3. Recoger la energía con las plantas de los pies y elevarla por la cara interna del pie. Las plantas de ambos pies, en forma alternada, realizan un movimiento ascendente a lo largo de la cara interna de la pierna opuesta, casi rozándola. Es importante arquear las piernas un poco al estar de pie, con las rodillas dobladas. En este pase mágico, la energía para el intento es forzada a ascender por la cara interna de la pierna, considerada por los antiguos chamanes como el lugar en el que se almacena la memoria sinestésica³. Este pase mágico se usa como ayuda para la liberación de la memoria de los movimientos, o para facilitar el recuerdo de otros nuevos.

³ Memoria cenestésica: Recuerdo del movimiento, peso, resistencia y posición del cuerpo o de partes del mismo.

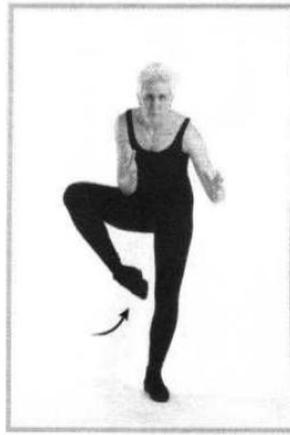


Imagen 7: Recoger energía

4. Remover la energía con las rodillas. La rodilla de la pierna izquierda se flexiona y se gira el máximo posible hacia la derecha, como para dar un golpe lateral con ella, mientras que el cuerpo y las piernas giran suavemente todo lo posible en la dirección opuesta. A continuación, la pierna izquierda vuelve a su posición original. El mismo movimiento se hace con la rodilla derecha, alternando luego entre una y otra pierna.

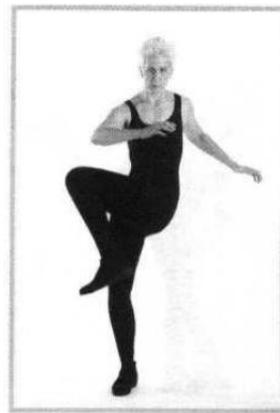


Imagen 8: Remover energía

5. Empujar hacia el tronco la energía removida con las rodillas. Este pase mágico es la continuación energética del anterior. La rodilla izquierda, flexionada al máximo, se empuja hacia arriba y hacia el tronco todo lo posible. El tronco se flexiona ligeramente hacia adelante. En el momento en que la rodilla es empujada hacia arriba, la punta del pie señala hacia el suelo. El mismo movimiento se realiza con la pierna derecha, continuándose el pase alternando entre ambas piernas. La orientación de la punta del pie hacia el suelo asegura que los tendones de los tobillos se tensionen a fin de sacudir minúsculos centros allí localizados, en los cuales se acumula la energía. Este pase mágico y los anteriores se ejecutan juntos, a fin de proyectar la energía para el intento recogida por el medio de las rodillas hacia los dos centros vitales ubicados alrededor del hígado y el páncreas.

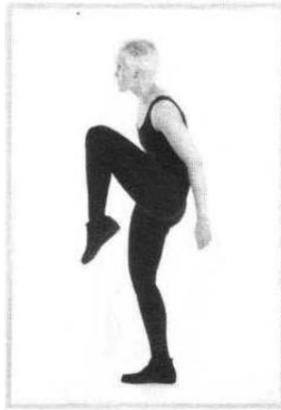


Imagen 9: Empujar energía

6. Patear energía hacia adelante y atrás del cuerpo. Una patada de la pierna izquierda hacia adelante es seguida por una patada, de gancho, hacia atrás, con la pierna derecha. Luego el orden se revierte y la patada hacia adelante se ejecuta con la pierna derecha, seguida de una patada de gancho hacia atrás con la pierna izquierda. Los brazos se mantienen a los costados, debido a que este pase mágico solo involucra a las extremidades inferiores, a las que confiere flexibilidad. El objetivo es levantar la pierna que patea hacia adelante lo más alto posible, lo mismo que la pierna que patea hacia atrás. Este pase mágico se realiza para ayudar al cuerpo cuando aparecen problemas de digestión por el cambio de régimen alimenticio, o cuando se presenta la necesidad de viajar grandes distancias.



Imagen 10: Patear energía

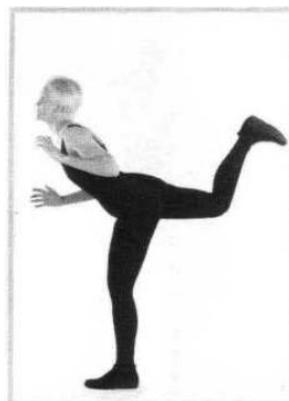


Imagen 10.1: Patear energía

7. Derrumbar un muro de energía. El pie izquierdo, con la rodilla doblada formando un ángulo agudo, se levanta hasta la altura de la cadera; luego, se empuja hacia adelante con la punta del pie hacia arriba, como si se quisiera apartar un objeto sólido. En cuanto se apoya el pie en el suelo, se levanta el derecho de la misma manera y se repite el movimiento cambiando de pie.



Imagen 11: Derrumbar muro

8. Retorcer la energía sobre dos centros de vitalidad. Lo mejor es comenzar colocando las manos enfrentadas, para mantenerlas en una misma línea. Los dedos se mantienen abiertos en forma de garra, como si se aferrara la tapa de un frasco del tamaño de la palma de la mano. Luego, se coloca la mano derecha sobre la región del páncreas y del brazo, con la palma mirando hacia el cuerpo. La mano izquierda se coloca detrás del cuerpo, sobre el área del riñón y de la suprarrenal izquierda, también con la palma mirando hacia el cuerpo. Ambas muñecas se doblan marcadamente hacia atrás a medida que el tronco gira lo más posible hacia la izquierda, manteniendo las rodillas en su lugar. A continuación, ambas manos rotan al unísono tomando como base las muñecas, con un movimiento lateral como si se quisiera desenroscar la tapa de los dos jarros, uno sobre el páncreas y el brazo, y el otro sobre el riñón izquierdo. El mismo movimiento se ejecuta en orden inverso, colocando la mano izquierda en la zona frontal a la altura del hígado y de la vesícula biliar, y el brazo derecho hacia atrás, a la altura del riñón derecho. Con este pase mágico, la energía es removida en los tres principales centros de vitalidad: el hígado, y la vesícula biliar, el páncreas y el brazo, y los riñones y las suprarrenales. Es un pase mágico indispensable para quienes necesitan estar alertas. Facilita una conciencia global e incrementa en el practicante la sensibilidad hacia su entorno.

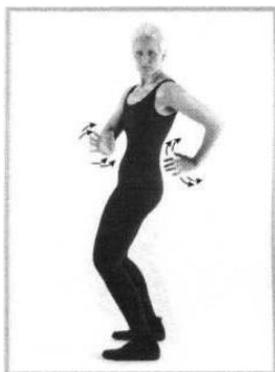


Imagen 12: Retorcer energía

9. Recoger energía de derecha a izquierda. Los brazos se ubican a los costados del cuerpo y luego se levantan, con las manos dobladas hacia adentro, contra el cuerpo y deslizándose hacia arriba, contra el torso, hasta llegar a las axilas, a la vez que se realiza una inspiración profunda. A continuación, los brazos se extienden lateralmente, con las palmas hacia abajo, mientras se exhala con fuerza el aire. Se inspira profundamente y luego las manos se ahuecan y se rotan sobre las muñecas hasta que las palmas miren hacia arriba, como si recogieran algo sólido. Después, se llevan las manos nuevamente hasta el nivel de los hombros, doblando y cerrando los codos mientras continua la inspiración; este movimiento hace trabajar los omóplatos y los músculos del cuello. En seguida, se mantiene esa posición durante un momento y se extienden nuevamente los brazos hacia el costado, con una fuerte exhalación. Las palmas miran hacia adelante, se ahuecan las palmas de las manos y se las hace rotar hacia atrás,

otra vez, como si se estuviera recogiendo algo sólido. Las manos ligeramente ahuecadas son llevadas de nuevo hasta la altura de los hombros, como se hizo antes. Estos movimientos se repiten un total de 3 veces.



Imagen 13: Recoger energía

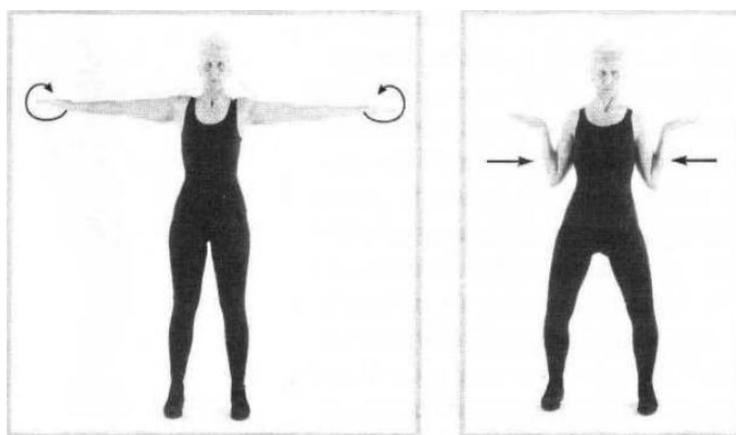


Imagen 13.1: Recoger energía

10. Acumular la energía del frente del cuerpo, justo sobre la cabeza. Se inspira hondo mientras se sacuden las manos y se llevan ambos brazos a la altura de la cara con los puños cerrados, cruzándolos en forma de X, con el brazo izquierdo más cerca del rostro y la parte interna de las palmas cerradas en puño dirigido hacia el mismo. Luego, se extienden los brazos unos centímetros hacia adelante, mientras las muñecas rotan hasta que cada puño mire hacia abajo. A partir de esta posición, el hombro y el omoplato izquierdo se extienden hacia adelante en el momento de iniciar la exhalación.

Se lleva el hombro izquierdo hacia atrás a medida que el hombro derecho es llevado hacia adelante. En seguida, se levantan los brazos cruzados sobre la cabeza, finalizando la exhalación. Se inspira lenta y profundamente mientras los brazos cruzados describen un círculo completo moviéndose hacia la derecha alrededor de la parte frontal del cuerpo, casi hasta el nivel de las rodillas, luego hacia la izquierda y de nuevo hacia su posición inicial, por encima de la cabeza.

Posteriormente, los brazos se separan con fuerza mientras comienza una exhalación prolongada; después de ésta los brazos se mueven lo más atrás posible, mientras la exhalación continúa, dibujando un círculo que se completa cuando los puños son llevados hacia adelante, a la altura de los ojos, con su parte interior vuelta hacia el rostro.

A continuación, los brazos se vuelven a cruzar y las muñecas rotan una sobre otra, se abren las manos y se ponen contra el cuerpo, la derecha sobre el área del páncreas y del bazo, y la izquierda sobre el área del hígado y de la

vesícula biliar. El torso se vuelca hacia adelante a partir de la cintura, formando un ángulo de noventa grados con el resto del cuerpo, mientras finaliza la exhalación.

Este pase mágico tiene una doble aplicación: en primer lugar remueve la energía existente alrededor de los omóplatos y la transporta a un sitio ubicado por encima de la cabeza. En segundo lugar, mezcla la energía de la izquierda y la de la derecha, ubicándola en los dos centros de vitalidad alrededor del páncreas y del hígado; se coloca una mano en cada uno de los centros opuestos.

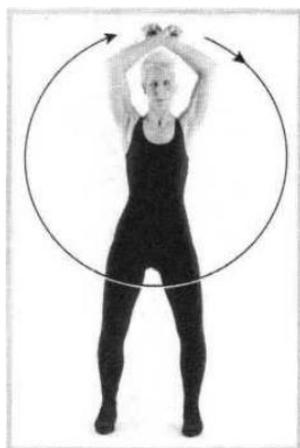


Imagen 14: Acumular energía

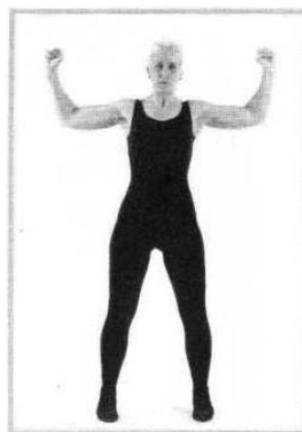


Imagen 14.1: Acumular energía

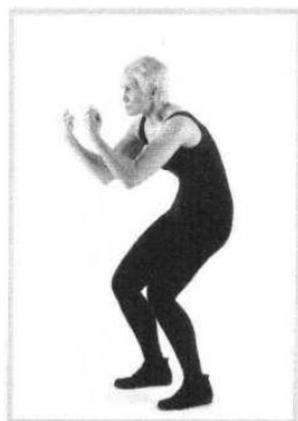
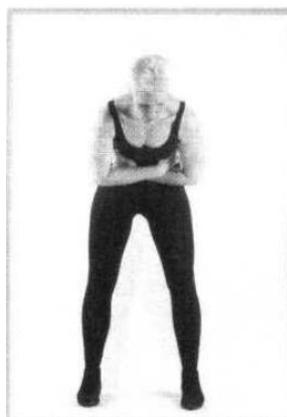


Imagen 14.2: Acumular energía



14.3: Acumular energía

11. Agitar y capturar energía desde la zona ubicada por debajo de las rodillas y por encima de la cabeza.

Se inspira profundamente a la vez que se sacuden las manos. A continuación, éstas se llevan a los costados del cuerpo, al nivel de la cintura, en forma relajada. Las rodillas se flexionan y la mano izquierda se lleva hacia abajo, como empujando algo, con la muñeca girada en forma tal que la palma mire hacia afuera, en dirección opuesta al cuerpo, como si la estuviera introduciendo en un balde lleno de líquido.

Este movimiento se realiza al mismo tiempo que la mano derecha se proyecta rápidamente hacia arriba con fuerza. Cuando ambos brazos alcanzan su máxima extensión, se comienza a exhalar lentamente el aire. Las muñecas se giran con mucha fuerza hacia una posición recta al mismo tiempo que la mano se cierra. Manteniendo el puño cerrado, continúa la exhalación, mientras el brazo derecho es llevado hacia abajo y el brazo izquierdo a la altura de la cintura, con lentitud y mucha fuerza, como si se estuviese saliendo de un líquido muy espeso. En

seguida, las palmas frotan suavemente la zona del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas y del bazo. Las rodillas se estiran y allí finaliza la exhalación.

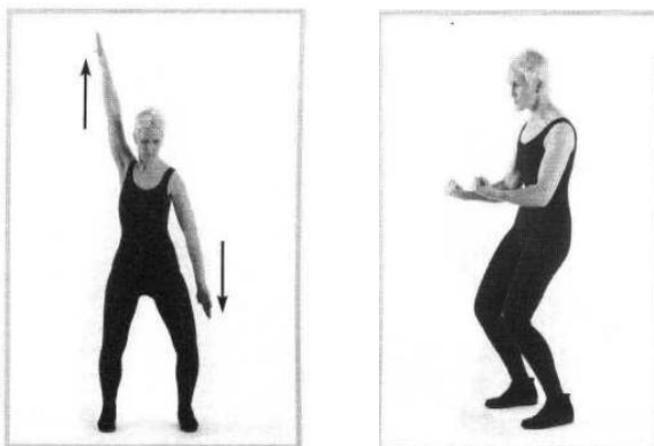


Imagen 15: Agitar y capturar energía

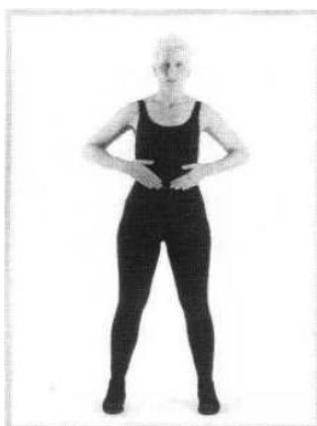


Imagen 15.1: Agitar y capturar energía

12. Alcanzar la energía por encima de la cabeza. El brazo izquierdo se extiende lo más posible hacia arriba, con la mano abierta como si se quisiera agarrar algo. Al mismo tiempo, el cuerpo es impulsado hacia arriba mediante el movimiento realizado con la pierna derecha; cuando el salto alcanza su nivel máximo, la mano gira hacia adentro y la muñeca forma un gancho con el antebrazo el cual, lentamente y con fuerza, hace un movimiento como si llevara algo hacia abajo. La mano izquierda frota de inmediato la zona del centro vital del páncreas y del bazo. El mismo movimiento se realiza exactamente con el brazo derecho. Este pase mágico es usado para ayudar a disipar problemas generados por la excesiva concentración, durante lapsos prologados, en una tarea determinada.

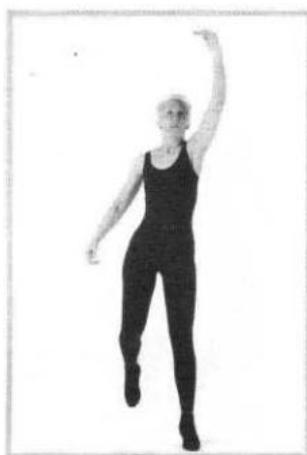


Imagen 16: Alcanzar energía

13. Extender lateralmente al cuerpo enérgicamente. Se cruzan las muñecas en forma de X delante del cuerpo, casi tocándolo y las muñecas se doblan hacia atrás formando un ángulo de noventa grados con el antebrazo. La muñeca izquierda está por encima de la derecha, desde allí, las manos se abren lentamente y al unísono hacia los costados, como si tuvieran que vencer una enorme resistencia. Cuando los brazos alcanzan su máxima apertura, vuelven hacia el centro, con las palmas en un ángulo de noventa grados con los antebrazos, creando así la sensación de estar empujando un material sólido desde ambos costados hacia el centro del cuerpo. La mano izquierda cruza por encima de la derecha, mientras las manos se preparan para otro movimiento lateral.

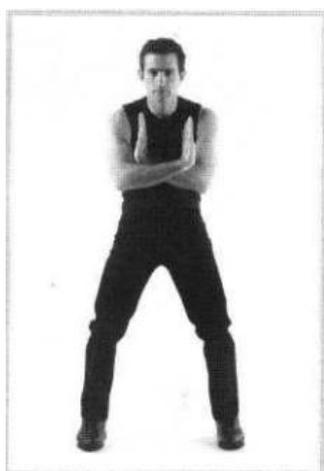


Imagen 17: Extender energía

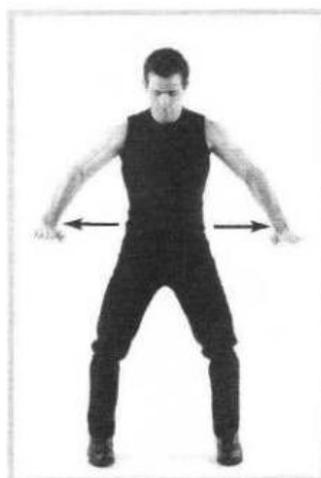


Imagen 17.1: Extender energía

14. Las cinco inspiraciones profundas. La primera parte de este pase mágico trata de inspirar hondo, con las manos levantadas hasta el nivel de las orejas, las palmas mirando hacia adelante; los antebrazos se mantienen en posición perfectamente vertical. En el momento de la segunda inhalación, los brazos se bajan y se cruzan a la altura de las rodillas, mientras el practicante adopta una posición de semicuclillas. Las manos se colocan detrás de las rodillas; la mano derecha sujeta los tendones de la parte posterior de la rodilla izquierda, y la mano izquierda, pasando del antebrazo por encima del brazo derecho, sujeta los tendones de la parte posterior de la rodilla derecha. Los dedos medio e índice agarran los tendones exteriores y el pulgar se lleva hacia adelante por la parte interna de la rodilla. En ese momento finaliza la exhalación y se inspira profundamente, al mismo tiempo, ejerciendo presión sobre los tendones. De esta manera se inspira y exhala cinco veces. Este pase mágico sirve

para que la espalda se encuentre derecha y la cabeza alineada con la columna; se usa para efectuar respiraciones profundas que llenen tanto la parte superior como la inferior de los pulmones, empujando el diafragma hacia abajo.

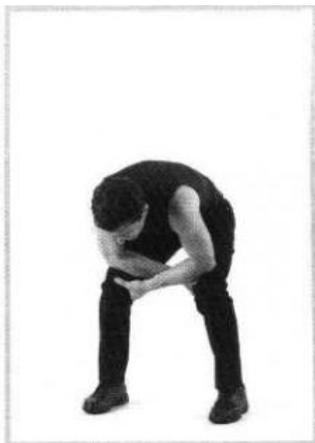


Imagen 18: Inspiraciones

15. Extraer energía del suelo con la respiración. Se inspira profundamente mientras se levantan los brazos por encima de la cabeza y las rodillas se mantienen flexionadas. La exhalación comienza mientras el cuerpo gira hacia la izquierda y se inclina lo más posible hacia abajo. Las manos, con las palmas hacia abajo, se mantienen a la altura del pie izquierdo, con la mano derecha delante del pie y la mano izquierda detrás del mismo; mientras las manos se mueven cinco veces hacia atrás y hacia adelante, finaliza la exhalación. Se inspira profundamente y el cuerpo se endereza, mientras las manos vuelven a pasar por encima de la cabeza. El tronco gira hacia la derecha y comienza la exhalación, mientras el tronco se dobla lo más posible hacia abajo. La exhalación termina después de que ambas manos se hayan movido cinco veces hacia atrás y hacia adelante, detrás y delante del pie derecho. Se vuelve a inspirar profundamente y el cuerpo se endereza, mientras las manos pasan por sobre la cabeza y el tronco rota para mirar hacia adelante. Luego se bajan los brazos y se exhala el aire.

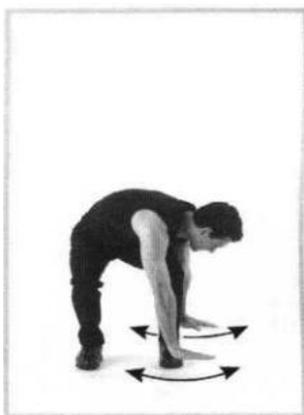


Imagen 19: Extraer energía del suelo

16. Amontonar la energía necesaria y dispersar energía innecesaria. Este pase mágico implica movimientos que se pueden describir como empujar algo sólido por delante del cuerpo, con la palma de la mano, y arrastrarlo en sentido contrario por delante del cuerpo, con el dorso de la mano. El pase comienza con el brazo derecho cerca del cuerpo, a la altura de la cintura, con el antebrazo flexionado en un ángulo de noventa grados. El antebrazo se acerca más al cuerpo cuando comienza el movimiento y la mano se dobla hacia atrás, sobre la muñeca. La palma de la mano izquierda enfrenta la de la mano derecha, los pulgares están trabados. Luego, como si una gran fuerza

ofreciera resistencia, la mano se mueve por delante del cuerpo hacia el extremo derecho, sin que el codo pierda su ángulo de noventa grados. Desde allí, nuevamente como si hubiera que vencer una gran fuerza de resistencia, la mano se arrastra lo más posible hacia la izquierda pero sin perder el ángulo de noventa grados del codo y siempre con la palma de la mano mirando hacia la derecha. Durante toda la secuencia, la mano y el brazo izquierdo del cuerpo se encuentran contraídos al máximo y el brazo derecho se mantiene inmóvil contra la pierna derecha. La misma secuencia de movimientos se repite con la mano y el brazo derechos.



Imagen 20: Amontonar energía



Imagen 20.1: Amontonar energía

17. Sacudir energía. Este pase mágico acompaña al precedente. Se levantan ambos brazos hacia adelante, al nivel de los hombros, y las manos forman un puño angular, las palmas están vueltas hacia abajo, los puños se mueven hacia el cuerpo con un golpe de las muñecas. Su movimiento contrario es otro golpe de las muñecas, que manda los puños hacia afuera, de modo que los pulgares formen una línea recta con el resto del antebrazo. Para ejecutar este pase mágico, es necesario utilizar intensamente los músculos abdominales, ya que la acción de estos músculos es lo que dirige el movimiento.



Imagen 21: Sacudir energía

4.2 Psicología Positiva.



Imagen 22: Positividad

“La psicología no consiste tanto en el estudio de la debilidad psíquica o de los daños mentales, sino que se trata fundamentalmente del estudio de las fuerzas positivas y de las virtudes humanas”.
(Martin Seligman)

¿Qué es la Psicología Positiva?

La ***Psicología Positiva*** es una rama de la ***Psicología*** de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología. Estudia las bases del bienestar psicológico y de la felicidad así como las fortalezas y virtudes humanas. Tradicionalmente la ciencia psicológica ha dedicado mucho esfuerzo a estudiar los aspectos negativos y patológicos del ser humano (ansiedad, estrés, depresión, etc.), dejando de lado, a menudo, el estudio de aspectos más positivos como por ejemplo la creatividad, la inteligencia emocional, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc. El impulso definitivo para la creación de la psicología positiva fue dado por el ***Prof. Martin Seligman*** de la Universidad de Pennsylvania y antiguo Director de la Asociación Americana de Psicología.

A finales de los 90s este conocido investigador, tras destacar la necesidad de investigar de forma decidida los aspectos saludables del ser humano, propuso la creación de la psicología positiva como corriente específica dentro de la psicología, y contó para ello con investigadores de gran renombre como ***Mihaly Csikszentmihalyi*** (quien fue director del departamento de psicología de la Universidad de Chicago).

Mihaly Csikszentmihalyi, en su ya clásico libro ***Fluir (Flow)***: Una psicología de la felicidad, nos muestra cómo la psicología, la filosofía y el humanismo se unen para responder a la pregunta fundamental: ¿qué es la felicidad?

El libro parte del supuesto de que todo el mundo tiene, alguna vez, una “experiencia óptima“. Ahora se trata de reconocer sus características, de potenciar este sentimiento de fuerza, control sin esfuerzo, rendimiento máximo, superación del ego, etc., cuando al mismo tiempo parece desaparecer y, con él, los conflictos emocionales. Se trata, en fin, de aprender a ser creativos y alcanzar una genuina calidad de vida. Ese el secreto de la felicidad.

Mihaly Csikszentmihalyi ha definido el concepto de “flow” o flujo como un estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute, durante la cual el tiempo vuela y las acciones, pensamientos y movimientos se suceden unas a otras sin pausa.

Todo el ser está envuelto en esta actividad, y la persona utiliza sus destrezas y habilidades llevándolas hasta el extremo. La persona está en una situación de “*fluir*” cuando se encuentra completamente absorta por una actividad durante la cual pierde la noción del tiempo y experimenta una enorme satisfacción.

Casi cualquier clase de actividad puede producir un estado de fluidez si es que están presentes los elementos relevantes. Esto hace posible mejorar la calidad de vida si nos aseguramos de que haya objetivos claros, retroalimentación inmediata y capacidades acordes a las oportunidades de acción formando constantemente, en gran medida, parte de la vida cotidiana. Cuando fluimos no es que seamos felices sino que, para experimentar la felicidad, debemos centrarnos en nuestros estados internos, esto distraería la atención de la tarea que tenemos entre manos.

Sólo después de que se ha completado la tarea tenemos tiempo para mirar hacia atrás, considerar lo que sucedió y, es entonces, que nos vemos “inundados” de gratitud por la plenitud de esa experiencia y, podemos afirmar, que somos retrospectivamente felices. Pero no se puede ser feliz sin las experiencias de flujo.

Desde tiempo atrás se pueden encontrar antecedentes de la psicología positiva en filósofos como Aristóteles, quien dedicó parte de sus escritos a la eudaimonia (término griego habitualmente traducido como felicidad), pero también en psicólogos como Abraham Maslow o Carl Rogers, pertenecientes a la llamada psicología humanista. Una de las características definitorias de la psicología positiva, respecto a sus antecedentes históricos, radica en que, de acuerdo con sus principios, establece que se enmarcará dentro del método científico. De esta forma, los hallazgos obtenidos así como las aplicaciones, tendrán la garantía de haber sido validadas científicamente.

4.2.1 Antecedentes.

La *Psicología Positiva* da sus primeros pasos en 1998 cuando el psicólogo norteamericano *Martín Seligman* asume la presidencia de la American Psychological Association. Reconocido por su teoría sobre la Indefensión Adquirida fue él quien, poco a poco, se convirtió en el portavoz de esta nueva rama que propone potenciar las fortalezas humanas para que funcionen como amortiguador ante la adversidad.

El mensaje de la *Psicología Positiva*, es recordarnos que la psicología no sólo versa acerca de arreglar o mejorar lo que está mal, sino que también es acerca de encontrar las fortalezas y virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida, un mayor bienestar.

4.2.1.1 Salud positiva: del síntoma al bienestar.

Alcanzar y mantener una buena vida puede convertirse en un objetivo profesional legítimo y éticamente deseable, entre otras razones porque ese es un objetivo de la humanidad. Este objetivo es algo que también compete a los científicos y a todos quienes creen que es posible mejorar la condición humana o, al menos, las condiciones en las que vivimos los humanos.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* afirma que “*La salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía*” (1948). De forma similar la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, definió la salud como “*el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes.*” En 1986 se efectuó en Ottawa la primera reunión de la OMS sobre promoción de la salud y, en la declaración final, se concluyó que:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (1986).

Desgraciadamente, el término de “salud” se ha convertido en un eslogan o, en el caso específico de la “salud mental”, en un modo eficaz de reducir el estigma asociado al concepto de “enfermedad mental”.

El término de salud física y mental goza de una merecida popularidad, pero las prácticas que se esconden bajo ese rotulo siguen siendo tradicionales: tanto la Psicología como la Medicina aún centran su intervención primaria en problemas emergentes más que en prácticas preventivas y de promoción de la salud. Su objetivo suele ser reducir el dolor y la incapacidad más que promover el bienestar de la gente y desarrollar aquellas capacidades que permitan su crecimiento.

4.2.1.2 Salud Mental Positiva.

La salud mental es obviamente algo más que la ausencia de trastornos mentales. Se define la salud mental como:

“La resiliencia mental o espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza. Es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás” (2005).

La salud mental implica un estado emocional positivo y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, así como poseer expectativas de un futuro positivo para interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más, resulta importante para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer (2007).

4.2.1.3 Modelos Psicológicos del Bienestar.

El objetivo de la psicología positiva es dar impulso al estudio de lo positivo, que hace pocos años era muy escaso. En sus inicios produjo avances relevantes, teóricos y prácticos, relacionados con estas nuevas aproximaciones.

A) Modelo de Jahoda: El concepto de salud mental positiva tiene su más claro antecedente en el trabajo de *María Jahoda (1958)*. Aunque su enfoque se centra en la salud mental del individuo, asume la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales, aunque su aproximación no haga desarrollos específicos en este sentido, en cualquier caso, plantea tener una buena salud mental. Uno de los aspectos interesantes del modelo de *Jahoda* es que expuso una serie de criterios (más racionales y teóricos que derivados de investigaciones empíricas) que podrían caracterizar un estado mental positivo.

Estos criterios serían aplicables tanto a pacientes con trastornos mentales como a personas sanas. En definitiva, la propuesta de *Jahoda* intentaba dar respuesta a la pregunta crítica de cuáles son los componentes de la salud mental positiva:

CRITERIOS	DIMENSIONES
1. Actitudes hacia sí mismo.	-Accesibilidad del yo a la conciencia. -Concordancia yo real-yo ideal. -Sentimientos hacia uno mismo (Autoestima). -Sentido de identidad (Sense of identity).
2. Crecimiento, desarrollo y auto actualización.	-Motivación general hacia la vida. -Implicación en la vida.
3. Integración.	-Equilibrio de las fuerzas psíquicas (equilibrio entre el ello, el yo y el súper yo o entre los fenómenos psíquicos conscientes, preconscientes e inconscientes). -Visión integral de la vida. -Resistencia al estrés.
4. Autonomía.	-Autorregulación. -Conducta independiente.
5. Percepción de la realidad.	-Percepción no distorsionada. -Empatía o sensibilidad social.
6. Control ambiental.	-Capacidad de amar. -Adecuación en el amor, trabajo y juego. -adecuación en las relaciones interpersonales. -Eficiencia en el manejo de demandas situacionales. -Capacidad de adaptación y ajuste. -Eficiencia en resolución de problemas.

Tabla 2: Criterios de estado mental positivo

B) Modelo del Bienestar Psicológico de Ryff: *Carol Ryff*, en un intento de definir la *Salud Mental Positiva*, repasó la investigación y las propuestas previas (Maslow, Rogers, Allport, Jung, Jahoda, etc.) intentando construir un modelo que incluyera los diversos aspectos que caracterizarían el funcionamiento humano óptimo.

Al igual que el modelo descrito anteriormente, define el bienestar psicológico a partir de elementos no hedónicos, es decir, no incluye la cantidad de emociones positivas o de placer como un predictor en sí mismo del funcionamiento psicológico óptimo, sino más bien como una consecuencia. Veamos tal descripción en la siguiente tabla:

DIMENSIÓN.	NIVEL ÓPTIMO.	NIVEL DEFICITARIO.
Control ambiental.	Sensación de control y competencia. Control de actividades. Saca provecho de oportunidades. Capaz de crearse o elegir contextos.	Sentimientos de indefinición. Locus externo generalizado. Sanación de descontrol.
Crecimiento personal.	Sensación de desarrollo continuo. Se ve a sí mismo en progresos Abierto a nuevas experiencias. Capaz de apreciar mejoras personales.	Sensación de no aprendizaje. Sensación de no mejora. No transfiere logros pasados al presente.
Propósito en la vida.	Objetivos en la vida. Sensación de llevar un rumbo.	Sensación de ir sin rumbo. Dificultades psicosociales.

	Sensación de que el pasado y el presente tienen sentido.	Funcionamiento premórbido bajo.
Autonomía.	Capaz de resistir presiones sociales. Es independiente y tiene determinación. Regula su conducta desde dentro. Se autoevalúa con sus propios criterios.	Bajo nivel de asertividad. No mostrar diferencias. Actitud sumisa y complaciente. Indecisión.
Auto aceptación.	Actitud positiva hacia uno mismo. Acepta aspectos positivos y negativos. Valora positivamente su pasado.	Perfeccionismo. Más uso de criterios externos.
Relaciones positivas con otros.	Relaciones estrechas y cálidas con otros. Le preocupa el bienestar de los demás. Capaz de fuerte empatía, afecto e intimidad.	Déficit en afecto, intimidad, empatía.

Tabla 3: Modelo de Bienestar Psicológico de Ryff

Una de las razones por las que este modelo ha tenido un importante impacto se debe a que su autora también construyó un cuestionario para evaluar las seis dimensiones del bienestar (*Ryff, 1989*), el cual ha sido recientemente adaptado al castellano. Un dato interesante es que el comportamiento de éste y otros instrumentos de bienestar en muestras de pacientes con diversos problemas de adaptación refleja, incidiendo en lo que ya hemos discutido, que la salud mental positiva es relativamente independiente de la salud mental negativa (*Keyes, 2005*).

C) Modelo de Bienestar y Salud de Keyes: *Corey Keyes* en su modelo distingue tres diferentes ámbitos para operativizar la salud mental positiva:

- a) Bienestar emocional (alto afecto positivo y bajo afecto negativo así como elevada satisfacción vital),
- b) Bienestar psicológico (que incorpora las 6 dimensiones propuestas en el modelo de *Ryff*) y
- c) Bienestar social.

Lo que *Keyes* denominaba bienestar social es un elemento que, aun medido desde una perspectiva psicológica subjetiva, pertenece algo menos a la esfera privada y supone incluir criterios más relacionados con el funcionamiento social y cultural en que uno vive, el cual es percibido como un entorno nutriente y satisfactorio. Según la autora habrá 5 diferentes dimensiones en el ámbito del bienestar social:

1. Coherencia Social. Percibir que el mundo social tiene lógica, es coherente y predecible.
2. Integración Social. Sentirse parte de la sociedad y sentirse apoyado y con elementos a compartir.
3. Contribución Social. Percepción de que uno contribuye con algo valioso para la sociedad en general.
4. Actualización Social. Tener la sensación de que la sociedad es un marco que crece y se desarrolla, permitiendo además el crecimiento y la actualización personal.
5. Aceptación Social. Tener actitudes benévolas y positivas hacia la gente. Sentir que el mundo no es un lugar hostil y cruel.

Tabla 4: Dimensiones según Keyes

Tanto a nivel general como particular estas dimensiones parecen relevantes como un elemento complementario del bienestar humano, tal y como se contempla en modelos como el de *Jahoda* o el de *Ryff*. Por otro lado, los datos preliminares apoyan la validez de distinción entre estos tres tipos de bienestar (*Keyes, 2005*).

En el bienestar emocional y en la satisfacción psicológica diversas variables sociales (relaciones sociales, ingresos, empleo, educación, estado civil, etc.) tienen algún peso explicativo pero, sin duda, otras variables psicológicas parecen más relevantes (extraversión, optimismo y percepción de control, nivel de actividad, etc.) *Keyes y Waterman, 2003*.

D) Modelo de las Tres Vías de Seligman: *Martín Seligman (2003)* tras analizar la investigación existente sobre bienestar llegó a la conclusión de que los resultados obtenidos hasta el momento se podían resumir en tres dimensiones conducentes al bienestar:

- 1) La vida placentera (*pleasant life*), que incluiría experimentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro.
- 2) La vida comprometida (*engaged life*), que se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas.
- 3) La vida significativa (*meaningful life*), que incluirá el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo.

No obstante, su propuesta no está dispuesta como una teoría, ni siquiera como un modelo, sino más bien como una forma de estructurar inicialmente la investigación realizada en este campo hasta el momento y de proyectarla hacia el futuro. Este esquema está siendo usado en la investigación experimental para crear distintos ejercicios que estarían destinados a elevar el bienestar en cada una de dichas áreas.

4.2.1.4 Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar

Este nuevo siglo podría ser el de la intervención centrada en los aspectos positivos. Como consecuencia, ha comenzado a surgir una necesidad de encontrar claves para lograr una vida satisfactoria, más allá de las propuestas en los libros de autoestima.

Los autores mencionados con anterioridad, desde esta perspectiva, plantean que lograr un conocimiento más profundo de los aspectos positivos del ser humano es una verdadera asignatura pendiente de la Psicología actual, desde un punto de vista tanto teórico como aplicado.

Dentro de este marco, la evaluación de estrategias o programas que permitan aumentar de forma sostenida la satisfacción y el bienestar en personas, con o sin problemas de tipo psicológico, ha sido una de las líneas más activas y, a lo largo de la reciente historia de la Psicología, se han desarrollado decenas de estas intervenciones, aunque la mayoría de las veces sin una contrastación empírica de resultados (*Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005*).

Las intervenciones positivas tienen también el interés de engarzar con un ideario y con todas aquellas intervenciones destinadas a promover el bienestar de la ciudadanía. En este sentido, trascienden las típicas

intervenciones preventivas, mas centradas en la prevención de problemas, para poner su mirada en elementos más constructores y potenciadores de capacidades.

A) El Programa pionero de Fordyce.

Los primeros estudios que evaluaron un programa de intervención de carácter positivo fueron efectuados por el psicólogo norteamericano *Michael W. Fordyce (1977,1983)*. Como primera aproximación, este autor realizó un estudio exploratorio, en el cual comparó la eficacia de tres programas con diferentes metodologías para hacer un análisis sobre qué tipo de programa podía ser más eficaz. Se incluyeron los siguientes programas:

1) Programa Educativo; intervención esencialmente de carácter psicoeducativa, con contenidos sobre la naturaleza de la felicidad, la experiencia de un estado de ánimo positivo, y estilos de vida, rasgos y actitudes presentes en personas felices.

2) Programa Fundamental; en esta intervención se enseñaban 9 actividades con las que pudiera incrementarse la felicidad y, en cada día del periodo experimental, se pedía a los sujetos que seleccionaran 3 de las 9 prácticas para aplicarlas.

3) Programas de Actividades; en esta intervención no recibían información específica, solo se ayudaba a los sujetos a pensar sobre su felicidad y el tipo de actividades y situaciones que les producían satisfacción para, posteriormente, diseñar listas personalizadas de 10 actividades, las cuales abarcaban lo que: **a)** normalmente les hacían felices, **b)** podrían hacer la mayor parte de los días, y **c)** normalmente no dedicaban tiempo para ellas.

En cada día del periodo experimental se pedía a los sujetos que seleccionaran 3 de las 10 o más prácticas para aplicarlas. En base a los datos, *Fordyce* diseño un programa final basado en las intervenciones piloto al que denominó “Programa de los 14 Fundamentales”:

1.- Mantenerse más activo y ocupado.

- a) En actividades placenteras.
- b) Actividades físicamente demandantes.
- c) Actividades novedosas.
- d) Actividades en compañía mejor que en soledad.
- e) Actividades con sentido mejor que triviales.

2.- Emplear más tiempo en actividades sociales.

3.- Ser productivo en trabajos a los que se dé un significado.

4.- Organizarse, manejar bien el tiempo.

5.- Detener preocupaciones.

6.- Ajustar expectativas y aspiraciones.

7.- Desarrollar un estilo de pensamiento optimista y positivo.

8.- Estar más centrado en el presente que en el pasado o en el futuro.

9.- Cultivar una personalidad saludable.

10. Desarrollar una personalidad sociable y con actividades fuera de casa.

11. Ser autentico.

12. Eliminar sentimientos negativos y problemas.

13. Fomentar y conservar relaciones íntimas.

14. Dar valor a la felicidad y a su mantenimiento.

Tabla 5: Programa de los “14 Fundamentales”

En general, lo que el trabajo de *Fordyce* puso de manifiesto, quizá por primera vez, es que el nivel de bienestar es “educable”, encontrándose instrumentos de bienestar a través del programa. En todo caso, estudios pioneros demuestran que la intervención psicológica para aumentar el bienestar puede ser eficaz, y que la estrategia adecuada no debe ser exclusivamente psico-educativa.

B) Intervenciones Positivas sobre el Pasado.

Las emociones referidas a la valoración de los sucesos pasados pueden ir desde el orgullo a la satisfacción, hasta la ira, tristeza o amargura, pasando por la serenidad y la aceptación. Tales emociones, con un importante papel en cuanto a la determinación del bienestar hedónico de la persona, vienen definidas por los pensamientos sobre el pasado, esto es, por la forma de acceder, recuperar, valorar e interpretar la información referida a los sucesos vitales que ocurrieron en el pasado de cada persona. Desde tal perspectiva, las intervenciones positivas que se centran sobre sucesos pasados se formulan bajo diferentes planteamientos, pero todas con un objetivo común de incremento de los niveles de bienestar.

C) Técnicas Narrativas sobre Sucesos Positivos Pasados.

Dentro de este amplio cuerpo de investigación clínica sobre técnicas narrativas referidas a experiencias pasadas, *Pennebaker y Segal (1999)* han sugerido que los formatos más beneficiosos de este tipo de técnicas narrativas deberían incluir, en el curso de la escritura, niveles relativamente altos de palabras emocionales positivas, un nivel moderado de palabras emocionales negativas, y un incremento de lo que denominan “*palabras insight*” (palabra clave en la calificación de las experiencias y propósitos del sujeto).

Estos autores plantean que los beneficios en los estudios sobre técnicas narrativas pueden ser consecuencia de la promisión de recursos narrativos positivos y de significación y clarificación sobre lo que se expresa.

D) Intervenciones basadas en la Gratitud.

La gratitud se define como un sentido afectivo positivo que es consecuencia de dos procesos cognitivos: **1)** el reconocimiento por parte del sujeto de haber obtenido un resultado positivo y, **2)** el reconocimiento de que hay una fuente externa para ese resultado. Al respecto, la investigación ha demostrado que las experiencias de gratitud pueden asociarse con mayores niveles de bienestar y felicidad.

E) Entrenamiento en Memoria Autobiográfica Positiva.

Según *Seligman (2003)*, el motivo por el que la gratitud contribuye a la satisfacción con la vida es que amplía los buenos recuerdos sobre el pasado; la intensidad y frecuencia de tales recuerdos, así como el etiquetado emocional que hacemos de los recuerdos producidos, esto es, la forma de interpretar tales recuerdos.

Siguiendo esta línea, *Serrano y Cols. (2003)*, en nuestro país, han diseñado un entrenamiento en memoria autobiográfica basado en la revisión de vida para personas mayores con depresión, cuya finalidad es la modificación del estilo cognitivo típico del depresivo en la recuperación de los recuerdos a través de un programa centrado en preguntas específicas sobre sucesos positivos autobiográficos. Con esta intervención, los autores pretenden acercar al sujeto a un tipo de recuerdo que le permita revivir momentos de felicidad y alegría de su pasado autobiográfico.

Además, un segundo objetivo es potenciar los recuerdos específicos para contrarrestar la tendencia de los pacientes depresivos a recuperar recuerdos generales.

La intervención, de un mes de duración, consiste en 4 sesiones de entrenamiento en memoria autobiográfica basado en las 4 entrevistas que componen la revisión de vida: **a)** Niñez, hogar y familia, **b)** Adolescencia, **c)** Adulthood y **d)** Resumen de Vida.

Todas ellas basadas en preguntas sobre eventos específicos positivos, es decir, preguntas sobre acontecimientos cuya duración fuese de minutos, horas o, como máximo un día.

F) Intervenciones basadas en el Perdón.

Otra vía interesante de trabajo consiste en actuar sobre los recuerdos de tipo negativo que generan emociones intensas, como por ejemplo rencor o ira. Una de las vías para la modificación de tales pensamientos es el perdón, que según varios autores, puede actuar transformando las emociones negativas asociadas a tales pensamientos en neutralidad e incluso, en algunos casos, en recuerdos con un sentido positivo, posibilitando un mayor nivel de satisfacción con la vida.

Desde este enfoque, el perdón puede ser formulado como un estilo positivo de afrontamiento respecto al dolor y la ofensa que principalmente beneficia a la víctima de tales estados afectivos a través de una reorientación emocional.

En este sentido *Bono y McCullough (2006)* consideran 4 factores comunes en todos estos tipos de intervención como los definitorios de su funcionamiento y su efectividad en la promoción del perdón:

1. Empatía con el agresor; para *Mc Cullough (1997)* el perdón es estructural y funcionalmente similar a las conductas de tipo altruista, en cuanto a que ambas ocurren como consecuencia de una reacción de empatía.
2. Reconocimiento de las faltas propias y defectos; *Takaku (2001)* dice que el perdón puede consistir en un inducir en el sujeto sentimientos sobre sí mismo de disonancia, en cuanto a que la víctima de la “agresión” acceda a recuerdos de su propio pasado en los cuales él actuará de forma similar en circunstancias semejantes; o actuará con otros con conductas de ofensa parecidas, lo cual generaría una disonancia cognitiva que actuaría facilitando la empatía con el agresor.
3. Tipos de atribución y valoración de la conducta del agresor; una modificación de los estilos atribucionales de la conducta negativa, que establezca un menor estatus de control del agresor o un menor dominio ambiental del mismo, facilitará la aparición de una reorientación.
4. “Rumiar” sobre la agresión; es uno de los factores cognitivos de mayor peso para explicar el mantenimiento del deseo de venganza en la víctima de la agresión. Pareciera que aquellos sujetos con mayor tendencia “rumiante” ante situaciones de ofensa o daño suelen ser los más vengativos o, cuando menos, los que tienen una menor tendencia al perdón.

Este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces, en general, en: a) incrementar el nivel de autoestima, así como producir significativamente menores niveles de ansiedad y depresión y; b) modificar el tipo de actitudes sobre el agresor e incrementar significativamente los niveles de esperanza.

G) Intervenciones Positivas sobre el Futuro y el Desarrollo de Potencialidades.

La perspectiva que cada persona tiene sobre su futuro adquiere una gran relevancia desde un punto de vista psicológico. *Seligman (2003)*, señala que cultivar estrategias positivas relacionadas con el futuro puede tener un

efecto protector frente a la depresión y, además, favorece un mejor rendimiento laboral y una mejor salud física, por citar algunos efectos.

H) Intervenciones basadas en la Esperanza.

La teoría de la esperanza (Hope Theory) es un modelo cognitivo que plantea como elemento central el logro de metas, teniendo en cuenta no sólo las expectativas sobre el futuro, sino también la motivación y planificación necesarias para la consecución de dichas metas.

Este modelo enfatiza la importancia del factor de control del medio (uno de los componentes del bienestar psicológico en el modelo de *Ryff*), y plantea que las situaciones más relevantes en el logro de metas son aquellas de un nivel de control moderado, frente a otras en las que, por ser demasiado difíciles o demasiado fáciles, la motivación del sujeto es menor (*Averill, Catlin y Chon, 1990*).

La mayor aportación de la teoría consiste en identificar dos componentes diferentes de la esperanza, cada uno con su propia relevancia:

- ✓ Itinerario -o “percepción de rutas”-, capacidad del individuo para encontrar caminos prácticos que le permitan el logro de las metas y;
- ✓ Control -o “percepción de capacidades”-, que se refiere a la habilidad o capacidad del individuo para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta deseada, incluso ante impedimentos para su logro.

I) Intervenciones basadas en Metas.

La teoría de la autodeterminación (*Ryan y Deci, 2000*) es una teoría sobre el bienestar que otorga una gran importancia a los mecanismos motivacionales de la personalidad.

El modelo de intervención de estos autores pretende lograr una mayor integración de la personalidad del sujeto a través de dos vías:

- 1) Integración orgánica, que se define en función de si las metas son intrínsecas -motivadas por valores profundos e intereses del sujeto-, o extrínsecas -motivadas por presiones sociales o sentimientos de culpabilidad.
- 2) Integración sistemática, que es la percepción de que las metas importantes cotidianas del sujeto están enlazadas con metas a un plazo mayor.

J) Intervenciones basadas en Fortalezas.

Seligman y su grupo (2005), diseñaron un estudio que examinó la eficacia de diferentes estrategias centradas en el incremento de las fortalezas personales o rasgos potenciales del bienestar. Los resultados mostraron que en la mayoría de las condiciones producían incremento de bienestar y reducción de sintomatología depresiva de forma significativa (incluida la condición control).

Seligman sugiere que una clave del éxito de los ejercicios puede ser el de su uso continuo; aquellos más usados resultan más reforzantes y son probablemente los que tienen más probabilidad de mantenerse y, en consecuencia, de dar lugar a efectos más duraderos, como los que se muestran en las tablas 6 a y 6 b:

1.- Capacidad de amar y ser amado; todos como seres humanos tenemos esta capacidad de amar, pero sobre todo la capacidad de amarnos a nosotros mismos para amar a los demás.
2.- Amabilidad y generosidad; es la capacidad que tenemos todos para ser afectuosos y ayudar a los demás.
3.- Ciudadanía, trabajo en equipo y lealtad; es el poder destacar en un equipo, ser leal y responsable con nuestros deberes para obtener éxito.
4.- Ecuanimidad, equidad y justicia; tratar a todos de la misma manera, no hacer distinciones ni discriminar o etiquetar, saber tomar las decisiones que nos convienen.
5.- Honestidad y autenticidad; ser siempre sincero, no solo decir la verdad sino vivir la vida de forma legítima y auténtica, sin ser pretencioso con los demás.
6.- Tenacidad, diligencia y perseverancia; debemos tener la capacidad de terminar todo lo que empezamos, sea el proyecto que sea, ser responsables y entregar a tiempo resultados que nos den satisfacción.
7.- Modestia y humildad; no buscar ser el centro de atención ni dejar que nuestros logros hablen por nosotros, ya que pareceremos engreídos. Ser humildes y respetuosos con los demás para que ellos valoren nuestra modestia.
8.- Cuidado, prudencia y discreción; pensar bien nuestras decisiones para tomar la más correcta y no arrepentirse más tarde, no tomar decisiones imprudentes.
9.- Esperanza, optimismo y visión hacia el futuro; trabajar para lograr nuestras metas en el futuro, esperar lo mejor y estar satisfechos y alegres con lo que hagamos.
10.- Juicio, pensamiento crítico y apertura de mente; profundizar en nuestras decisiones, examinarlas desde todo punto de vista, no concluir con precipitación y cambiar de opinión si es necesario.
11.- Aprecio de la belleza y la excelencia; poder detectar y apreciar realmente lo bello en todo lo que nos rodea, así como también detectar la excelencia y el buen nivel de todo lo que hagamos.
12.- Gratitud; ser consciente de todo lo bueno que tenemos y no dar las cosas por hecho, ser agradecido con todos los que nos rodean y siempre tomarnos el tiempo necesario para hacerlo.

Tabla 6 a: Fortalezas de Seligman

13.- Sentido del humor y diversión; ver el lado positivo de las cosas, ser capaz de reírnos de nosotros mismos y hacer que los demás puedan sonreír junto con nosotros.
14.- Valentía y valor; ser una persona con coraje para enfrentar cualquier situación, desafío, obstáculo, temor o dolor sin temer y tomar buenas elecciones.
15.- Autocontrol y autorregulación; tener control de lo que pensamos y lo que hacemos, ser disciplinados y no dejarnos dominar por las emociones.
16.- Inteligencia social; estar conscientes de los sentimientos de los demás, tomarlos en cuenta y no dañarlos para que en cualquier situación podamos ser capaces de interactuar con calidad.
17.- Curiosidad e interés en el mundo; mostrarnos curiosos por todo aquello que nos rodea, estar preguntándonos constantemente el porqué de las cosas, explorar y descubrir nuevas situaciones.
18.- Creatividad, ingenio y originalidad; es la generación de nuevas ideas o conceptos, de nuevas asociaciones con ideas y conceptos conocidos, que habitualmente producen soluciones originales.
19.- Liderazgo; proceso de influir en otros y apoyarlos para trabajar con entusiasmo en el logro de objetivos comunes. Ser capaz de tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar a un grupo o un equipo.

20.- Aprender; adquirir el conocimiento de alguna cosa, fijar algo en la memoria.
21.- Perspectiva y sabiduría; habilidad que se desarrolla con la aplicación de la inteligencia en la experiencia obteniendo conclusiones para un mayor entendimiento; siendo capaz de reflexionar y discernir la verdad, lo bueno y lo malo.
22.- Perdón y misericordia; acción de perdonar, remisión de la pena merecida de la ofensa recibida o de alguna deuda u obligación pendiente. Indulgencia.
23.- Ilusión, entusiasmo y energía; exaltación, excitación del ánimo por algo que causa interés, admiración o placer.
24.- Espiritualidad, sentido y fe; es el uso que hace el individuo del conjunto de pensamientos, conceptos, ideas, ritos y actitudes a través de las cuales se materializa una sociedad.

Tabla 6 b: Fortalezas de Seligman

K) Intervenciones Clínicas:

La aplicación clínica de las intervenciones positivas puede ser de gran interés porque puede ayudar a aumentar la tasa de eficacia de los tratamientos psicológicos. Por otra parte, incluir estrategias dirigidas a aumentar el bienestar podría tener también un importante efecto en la prevención de recaídas. Representa un reto que los tratamientos psicológicos puedan prevenir de forma más eficaz las recaídas que los tratamientos farmacológicos.

Quizá una forma más completa y avanzada de intervención positiva sería aquella que integrara aspectos relativos a la salud y el bienestar, junto con otros elementos más habituales centrados en el déficit, empezando desde el proceso de evaluación y pasando por todas las fases de la intervención. Veamos algunos ejemplos:

○ Terapia del Bienestar (“Well-being therapy”) de Fava.

La terapia del bienestar, una de las primeras aproximaciones positivas al mundo clínico, fue propuesta desde Italia por *Fava y Cols. (1998)*. La intervención está diseñada como un complemento a otro tipo de tratamientos, ya sean de tipo psicológico o farmacológico. El objetivo de esta intervención es potenciar la sensación de bienestar de los pacientes: a) mejorando la conciencia de los momentos positivos; b) discutiendo y modificando los pensamientos disruptivos que bloquean dichas experiencias y; c) mejorando las carencias del paciente en las 6 áreas del bienestar propuestas por *Ryff (1989)*.

○ Terapia de Calidad de Vida (Quality of Life Therapy) de Frisch.

La terapia de calidad de vida es una intervención positiva muy completa que integra algunos elementos de la terapia cognitivo-conductual con los conocimientos científicos actuales sobre el bienestar, la autoestima, las emociones positivas y otras variables de tipo positivo (*Frisch, 1998*).

Decimos que esta intervención es completa porque el modelo propuesto integra una teoría sobre el bienestar, instrumentos de medida específicos, una estrategia para realizar la formulación de los casos, así como una serie de recursos o estrategias de intervención para cultivar aspectos positivos y aumentar el bienestar.

4.2.1.5 Bienestar psicológico.

El concepto de bienestar psicológico surgió en los Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de las sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida. Preguntas tales como ¿por qué algunas personas se sienten más satisfechas con sus vidas que otras? y ¿cuáles serían los factores relacionados con el bienestar psicológico y la satisfacción? son las que dieron origen a muchos de los estudios sobre esta temática. Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el dinero pero, actualmente,

como resultado de diversas investigaciones en el tema, se sabe que el bienestar psicológico no sólo se relaciona con éstas variables sino también con la subjetividad personal (*Diener, Suh y Oishi, 1997*).

Las definiciones del bienestar en la literatura sobre el tema no resultan del todo explícitas y en general están ligadas con los instrumentos utilizados para su medición. Se las podría caracterizar a partir de tres elementos: a) su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; b) su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida y; c) la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos (*Diener, 1994*).

Veenhoven (1991) define al bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida “como un todo” en términos positivos, es decir, en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida que lleva. Según este autor, el individuo utiliza dos componentes para realizar esta evaluación: sus pensamientos y sus afectos. El componente cognitivo -la satisfacción con la vida- representa la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, su rango oscila desde la sensación de realización personal hasta la experiencia vital de fracaso.

La principal característica del bienestar es ser estable, se mantiene en el tiempo e impregna la vida global de los sujetos. *Andrews y Withey (1976)*, definen al bienestar subjetivo tomando en cuenta los aspectos cognitivos y afectivos. El componente afectivo comprende el plano hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Es mucho más lábil, momentáneo y cambiante.

Ambos componentes se encuentran interrelacionados, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. Igualmente, los sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción con la vida, predominando en ellos una valoración positiva de sus circunstancias vitales; frecuentemente su estado anímico es bueno y sólo ocasionalmente experimentan emociones displacenteras como la tristeza. En cambio, los sujetos “infelices” serían aquellos que valoran la mayor parte de sus acontecimientos vitales como perjudiciales y negativos (*Veenhoven, 1991, Diener, 1994*).

Diener (1994), sostiene que el bienestar subjetivo presenta elementos estables y cambiantes a la vez, si bien es estable a lo largo del tiempo, puede experimentar variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes. La satisfacción con la vida y el componente afectivo del bienestar subjetivo tienden a correlacionarse porque ambos están influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en los que se desarrolla su vida.

Del mismo modo, estos componentes pueden diferir, puesto que la satisfacción con la vida representa una valoración global de la vida como un todo, mientras que el balance afectivo depende más de las reacciones puntuales a eventos concretos que acontecen en el transcurrir de su vida. Según *Diener (1995)*, a las definiciones sobre el bienestar se les puede agrupar en tres grandes categorías:

a) La primera corresponde a las descripciones sobre el bienestar referidas a la valoración que realiza el propio sujeto de su vida en términos favorables, éstas se relacionan con la satisfacción vital;

b) Una segunda agrupación posible corresponde a la preponderancia de afectos positivos sobre los negativos, esto se refiere a lo que usualmente una persona puede definir como bienestar cuando predominan los afectos positivos más que los negativos y;

c) La última categoría hace referencia aquella desarrollada por los filósofos griegos, que concibe a la felicidad como una virtud y como el único valor final y suficiente en sí mismo. Esto porque todo lo demás no es más que un medio para alcanzarla, y suficiente porque, una vez conseguida, nada más es deseado.

Como expresamos anteriormente, la revisión de los estudios sobre el bienestar subjetivo señalan que existe acuerdo entre los distintos investigadores con respecto a los elementos que componen su estructura. Estos elementos serían: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. De ello se pueden diferenciar dos grandes dimensiones, que son la cognitiva y la emocional o afectiva (*Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999*). En la siguiente tabla se pueden ver detallados los elementos de esta estructura.

Componentes del bienestar subjetivo.

Afecto Positivo	Afecto Negativo	Satisfacción con la vida	Dominios de Satisfacción
Alegría	Culpa y vergüenza	Deseo de cambiar la vida	Trabajo
Euforia	Tristeza	Satisfacción con la vida actual	Familia
Satisfacción	Ansiedad y preocupación	Satisfacción con el pasado	Ocio
Orgullo	Enfado	Satisfacción con el futuro	Saludo
Cariño	Estrés	Satisfacción con cómo otros ven nuestra vida	Ingresos
Felicidad	Depresión		Con uno mismo
Éxtasis	Envidia		Con los demás

Tabla 7: Componentes del Bienestar

Con respecto a las dimensiones del bienestar psicológico hay autores como *Ryff (1989)*, que sugieren ampliar estas dimensiones. Esta autora entiende por bienestar psicológico el resultado de una evaluación valorativa por parte del sujeto con respecto a cómo ha vivido. Para una mayor comprensión del mismo ofrece una articulación de las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital.

Con respecto a las dimensiones pudo determinar, a través del análisis factorial en la población norteamericana, la existencia de las siguientes seis dimensiones (*Ryff y Keyes, 1995*):

1. Apreciación positiva de sí mismo
2. Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida
3. Alta calidad de los vínculos personales
4. Creencia de que la vida tiene propósito y significado
5. Sentimiento de que se va creciendo y desarrollando a lo largo de la vida
6. Sentido de autodeterminación

Podemos expresar que el bienestar psicológico se presenta como un concepto multidimensional. Es un concepto complejo que ha sido empleado de un modo impreciso en relación con otros como satisfacción vital y calidad de vida, como lo hemos señalado anteriormente. *Ryff y Keyes (1995)* diferencian al bienestar psicológico definiéndolo como percepción subjetiva, estado o sentimiento; la satisfacción es entendida como la gratificación proporcionada por los proyectos personales; mientras que la calidad de vida es el grado en que la vida es percibida favorablemente. Consideran que se le puede medir a través de algunos de sus componentes -afectos y cognición- los cuales tienen que ser examinados en diferentes contextos, tales como familia y trabajo.

4.2.1.6 Resiliencia.

Se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a sucesos de gente cercana o períodos de dolor emocional. Cuando un sujeto es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza, la capacidad de resistencia se prueba en situaciones de estrés agudo y prolongado, como por ejemplo la pérdida inesperada de un ser querido, el maltrato o abuso psíquico, físico, abandono afectivo, fracaso, catástrofes naturales y pobreza extrema. Al respecto, señalan *Mabel Munist y cols. (2007)* que:

“La resiliencia fue relacionada con una multitud de factores que promueven respuestas positivas del ser humano en diversas situaciones. Su principal aplicación implica el énfasis en los factores de avance de la salud y desarrollo [...] Podemos considerar la resiliencia como la configuración de capacidades y acciones que se orientan a la lucha por rescatar el sentido de la vida y el desarrollo frente a la adversidad.”

Este concepto fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por *Michael Rutter*. En la opinión conductista de *Rutter*, la resiliencia se reducía a una suerte de "flexibilidad social" adaptativa. Sin embargo, desde la filosofía estoica se nos dice metafóricamente que:

“Así como tantos ríos, tantas lluvias caídas de lo alto, la fuerza de tantas fuentes medicinales no cambian el sabor del mar, ni lo atenúan siquiera, del mismo modo el ímpetu de la adversidad no trastorna el ánimo del varón fuerte. Permanece en su estado y todo cuanto le sucede lo cambia en su color, porque es más fuerte que todas las cosas externas. No digo que no las sienta, sino que las vence y además se levanta sereno y apacible contra las cosas que le atacan. Piensa que todas las adversidades son un ejercicio.”

Quede pues, para la reflexión, todo aquello que podamos deducir acerca del modo en el que cada persona enfrenta la adversidad y, sobre todo, los resultados que de esto obtiene; hay quienes claudican, venciendo su espíritu y doblegando su voluntad, pero también hay quienes encaran los avatares de la existencia con total entereza, esto porque la resiliencia *“Es un estilo de enfrentamiento de las personas con las situaciones de riesgo, que hace que una misma circunstancia pueda resultar un factor de daño o estímulo para el desarrollo”* (*Rutter, 1992 citado por Mabel Munist y cols. 2007*).

4.2.2 Objetivo.

El objetivo de la psicología positiva no es otro que aportar nuevos conocimientos acerca de la psique humana no sólo para ayudar a resolver los problemas de salud mental que afectan a los individuos, sino también para alcanzar un mejoramiento en la calidad de vida y el consecuente bienestar que con esto se obtiene, todo ello sin

apartarse nunca de la más rigurosa metodología, emparentada con acercamientos que pueden denominarse científicos, propios de la exigencia que impone la práctica de toda ciencia de la salud.

4.2.3 Técnicas.

Para aplicar las siguientes técnicas proponemos su manejo en sesiones separadas, cada una con un objetivo. Para la primera sesión, trabajaremos lo que son las Emociones Positivas, explicando de manera dinámica y comprensible al adolescente, con el fin de que entienda qué son, su utilidad y clasificación de los siguientes aspectos: **1)** Emoción, tipos y su clasificación; **2)** emociones positivas y su clasificación y; **3)** utilidad y beneficio.

La primera tarea sería preguntarle al adolescente ¿Cuáles fueron las 3 cosas que lo hicieron feliz durante el día a lo largo de la semana? Anotando las respuestas. Esto con el fin de que en el transcurso de la semana se vaya dando cuenta de todas las cosas, situaciones y personas que realzan en él emociones positivas y le pueden ayudar a recuperarse.

En la segunda sesión, explicaremos el concepto de *felicidad*, su utilidad y beneficio, pero al inicio de la sesión se invitará al adolescente a reflexionar ¿Qué es para él la felicidad?, ¿Cómo creen que se manifiesta?, y que otra información puede aportar, creando una lluvia de ideas para construir un concepto que sea significativo y lo tenga presente. Después, pasaremos a la técnica del Collage, donde el adolescente tendrá que recortar y pegar en la cartulina todas aquellas cosas que lo hacen feliz, en un extremo, y las que lo hacen infeliz en el otro para que reconozcan qué los hace felices e infelices, y que porcentaje es el más predominante en sus vidas. Como segunda tarea pediremos al adolescente que escriba, “Lo que soy”, “Lo que tengo” y “Lo que puedo”, para que se vaya dando cuenta y redefina lo que es y lo que puede lograr.

En la tercera sesión, veremos la *Resiliencia*, explicando al adolescente el concepto de resiliencia de forma práctica, con el propósito de dar a conocer tanto el significado del concepto, así como su aplicación y beneficios. Dentro de esta sesión pediremos al adolescente que escriba una experiencia complicada y difícil de superar en su vida, para que posteriormente le dé un “tinte resiliente” (dar alternativas para salir fortalecido de la situación), en un mínimo de media cuartilla. Al término se comentará la experiencia, esta actividad es con el fin de mostrarle al adolescente una alternativa más de solución ante situaciones y circunstancias difíciles en su vida.

Para la cuarta sesión, *Optimismo y Pesimismo* serán el tema central para el análisis, preguntando al adolescente ¿Qué es optimismo? y ¿Qué es pesimismo? en su interpretación, y que otra información puede aportar. Después, el intento sería lograr armar dos conceptos nuevos para que los conserve significativamente; se trabajarían ambos conceptos de manera práctica y sencilla, con el fin de destacar, principalmente, sus aplicaciones y beneficios, para que el adolescente identifique su repercusión en el bienestar personal. Le pediremos también que conteste en papel las siguientes preguntas ¿qué es lo que está disfrutando?, ¿qué disfrutó antes?, ¿qué quisiera hacer?, con el objetivo de reflexionar y crear conciencia en el grado de satisfacción que tienen en relación a lo que han hecho, están haciendo y si están optimistas con lo que quisieran hacer.

En la quinta sesión, dialogaremos con el adolescente acerca de las *Relaciones Interpersonales*, su importancia y sus tipos, con el fin de intercambiar opiniones para conocer el concepto, su aplicación y los beneficios que pueden tener estas relaciones en su recuperación. Así mismo, ayudarle a identificar quienes son las personas en

las que puede confiar y las personas que lo pueden apoyar ante los buenos y malos momentos que experimente durante su vida.

Como tarea pediremos al adolescente que escriba una carta de agradecimiento a una persona que haya influido positivamente en su vida, y piense en una que le haya hecho daño; esto con el objetivo de sensibilizarlo para la siguiente sesión, que será la última y estará reservada para trabajar los temas *de Gratitud y Perdón*, explicándole la importancia e influencia que tiene la comprensión de estos dos conceptos al asignarles un significado para su aplicación y beneficios en su vida. Posteriormente, se le indicará el modo de ejercitar la respiración, pidiéndole que identifique si lo está haciendo correctamente; hacerlo así implica tomar aire y mandarlo hacia el estómago, logrando llenarlo de aire y, finalmente, expulsarlo.

Este ejercicio servirá como apoyo para la siguiente actividad, en la que el adolescente se pondrá en la posición más relajada posible y, cerrando los ojos, irá respirando para que con cada respiración se relaje, hasta que llegue a un estado de relajación total para la siguiente actividad. Cuando ya esté totalmente relajado y respire de manera adecuada, se le guiará para que pueda ir imaginando a la persona que le hizo daño, logrando que dentro de esta técnica perdone a dicha persona, promoviendo que el participante pueda liberarse de emociones, pensamientos y sentimientos dañinos al aprender a perdonar.

4.3 Terapia Ocupacional

*"La literatura puede ser una buena terapia personal, una especie de psicoanálisis por el que no se paga al psicoanalista."
(Max Frisch)*

4.3.1 ¿Qué es la Terapia Ocupacional (TO)?

La ***Terapia Ocupacional (T.O.)*** fue definida por la Asociación Americana de *Terapia Ocupacional* en 1968 como *"El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales"*.

La *Terapia Ocupacional* es una disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El terapeuta ocupacional *"utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración"*.

En líneas generales, podemos decir, que este enfoque profesional trata la disfunción o incapacidad del paciente utilizando procedimientos y actividades con propósito para: **1)** promover la salud y el bienestar; **2)** minimizar o prevenir el deterioro; **3)** desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias y; **4)** compensar las disfunciones instauradas.

Respecto de los campos de actuación propios de la *Terapia Ocupacional* se mencionan:

1. Discapacidades físicas y sensoriales	2. Drogodependencia	3. Educación	4. Geriátría
5. Marginación social	6. Pediatría	7. Discapacidad intelectual	8. Rehabilitación laboral
9. Salud mental	10. Trastornos neurológicos	11. Trastornos postquirúrgicos	12. Intervención comunitaria

Tabla 8: Campos de la Terapia Ocupacional

4.3.2 Antecedentes

El ser humano es un ser activo por naturaleza social, que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos; en este sentido, la salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad. Estos son los pilares donde se fundamenta la filosofía y la teoría de la *Terapia Ocupacional*, su historia queda entrelazada con la historia del hombre, pero cabe resaltar el auge y desarrollo que tuvo a comienzos del siglo XX. Movimientos como el Humanista y Humanitarista, el desarrollo de las artes y oficios en el siglo anterior, los avances tecnológicos, los éxitos en física y astronomía, los cambios políticos, el desarrollo industrial, fueron configurando un tejido que, en términos generales, puso en riesgo la salud de la sociedad, el ambiente, el entorno, etc. provocando profundos cambios.

El antecedente más remoto de la profesión se conecta con el psiquiatra ***Philippe Pinel***, quien en 1793 liberó a los "locos" de sus cadenas y fue un ferviente defensor del "Tratamiento Moral" de esos pacientes, en oposición a la corriente represora y disciplinaria.

El "*Tratamiento Moral*" del enfermo se caracterizó por dispensarle una vida en un ambiente saludable, con el desarrollo de hábitos sociales beneficiosos, una alimentación apropiada y una actividad adecuada y organizada. Pinel consideraba a la ocupación como un elemento central en la concepción del "*Tratamiento Moral*". Introdujo, para tal efecto, el empleo de actividades como la música, la literatura, el ejercicio físico y el trabajo.

Este enfoque pasó a formar parte del programa terapéutico de las instituciones psiquiátricas de la época con la condición expresa de que fuera del gusto del paciente. La comunidad internacional ha señalado que, históricamente, el "Tratamiento Moral" es el antecesor más nítido de la *Terapia Ocupacional*.

Los sistemas de salud también evolucionaron con los avances de la sociedad y, mientras se desarrollaban, se iban dirigiendo hacia un enfoque mecanicista, diseñando especialidades con el propósito de aislar, definir y tratar para enfocar el problema aisladamente; esta orientación fue eficaz, pues consiguió avanzar y desarrollar nuevas tecnologías, pero quizás se olvidó de la persona, de verla en su integralidad.

La *Terapia Ocupacional* emplea la resolución de problemas para mejorar la calidad de vida de la persona y lo hace desde un enfoque holístico, examina todas las tareas en relación a la situación donde se desenvuelve. La *Terapia Ocupacional* se basa en los supuestos filosóficos que tienen que ver con la naturaleza de la persona y su relación con el entorno humano y físico.

Estos supuestos tienen varias funciones: a) Facilitan la comunicación con la sociedad de la que son responsables como profesionales (la T.O. defiende que las personas tienen derecho a una vida con sentido; las ciencias médicas, que tiene derecho a la vida). B) Son el punto de partida para su código ético. C) Dan sentido de identidad en el desarrollo y evolución de la profesión.

Es importante considerar que el foco de la *Terapia Ocupacional* es la persona y su participación ocupacional; trabaja con el individuo teniendo siempre en mente cómo las condiciones de salud, las ambientales y las características personales influyen en su desempeño. Por esto es que se mencionó anteriormente, el hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención, con propósito. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, el hombre es capaz de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con un objetivo claro, con un propósito definido.

La vida es un continuo proceso de adaptación. Los factores biológicos, psicológicos y ambientales pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento de la vida. La actividad con propósito facilita este proceso de adaptación.

Pero ¿qué es la actividad con propósito? Son las tareas o experiencias en las cuales la persona está participando activamente, está coordinando aspectos motores, cognitivos y emocionales según resulte o sea la actividad, también están interactuando los aspectos intra e interpersonales. Cuando realizamos una actividad, estamos ocupando un tiempo y un espacio al interactuar con el entorno. Al conjunto de actividades implementadas suele llamársele ocupación, esta es considerada como el medio a través del cual los seres humanos dan sentido y significado a la vida, estructurando y manteniendo la organización del tiempo. En la T. O. se utiliza la ocupación como medio y como fin:

Como medio; realiza una selección y un análisis y su aplicación evalúa, facilita, restaura y mantiene la función de acuerdo con las necesidades de la persona.

Como fin; actúa como elemento de relación e interrelación, posibilitando la cohesión social de la persona, por lo tanto, mejora el concepto de sí mismo (cuando la persona realiza ocupaciones acorde a su edad, a sus motivaciones, sus necesidades, se siente eficaz, efectivo en su medio, como persona que puede controlar las acciones y situaciones).

El núcleo común de la *Terapia Ocupacional* es la "actividad con intención", ésta es utilizada como herramienta fundamental para prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación. Para que la actividad pueda ser entendida como terapéutica, tiene que reunir una serie de características, a saber:

1. Estar dirigida a una meta
2. Tener significado para el paciente/usuario
3. Requiere la participación del paciente/usuario en algún nivel
4. Ser un instrumento para la prevención de la disfunción, mantenimiento o mejoramiento de la función y la calidad de vida
5. Reflejar la participación del paciente/usuario en tareas vitales
6. Ser adaptable y graduable

7. Estar determinada por el juicio profesional del T.O. y basada en su conocimiento (conocimiento sobre el desarrollo humano, patología médica, relaciones interpersonales y el valor de la actividad).

Tras verificar que la actividad reúne estas características, hay que analizarla, valorar cuidadosamente su potencial terapéutico, para ello hay que medir las destrezas que potencialmente se pueden desarrollar. Estas son: a) motoras; b) sensoriales; c) cognitivas; d) perceptuales; e) emocionales; f) sociales; g) culturales y; h) comunes.

4.3.2.1 Intervención de Terapia Ocupacional.

La *Terapia Ocupacional*, como estrategia de trabajo, trata la función y utiliza procedimientos y actividades con propósito para: promover la salud y el bienestar; minimizar o prevenir el deterioro; desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias y; compensar las disfunciones instauradas. Las categorías de la función son: áreas del desempeño ocupacional y algunos componentes del desempeño ocupacional.

Las áreas del desempeño ocupacional incluyen las actividades de la vida diaria, actividades de trabajo y actividades de ocio. Los componentes del desempeño ocupacional se refieren a las habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacional, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales.

Existen otros factores que influyen en la intervención desde la *Terapia Ocupacional* y que se han de tener muy en cuenta, es lo que se denomina: "influencias del espacio vital". Esto es el ambiente, la cultura y la familia.

El ambiente podemos definirlo como el agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y la existencia de la misma (*Mosey, 1986*); se compone de factores humanos, individuos y grupos; y factores no humanos, condiciones físicas, cosas e ideas.

La cultura va a influir en la forma en que se desarrollan las interacciones sociales; la religión, la etnia, los valores éticos. La familia, con sus relaciones y la estrategia elaborada para enfrentar la disfunción es igualmente un factor influyente. (*Ayudando a Vencer la Depresión en la Gente Joven, Fitzpatrick, Carol, 2006*)

4.3.3 Objetivo.

El objetivo de la TO es ayudar al usuario a mejorar su independencia en las tareas de la vida diaria, y asistir y apoyar su desarrollo hacia una vida independiente, satisfecha y productiva, para que, al mismo tiempo pueda ir desarrollando a un nivel alto su confianza y autoestima, de ese modo podrá ir adquiriendo seguridad en si mismo y será capaz de desenvolverse con los demás, sin tener que caer en la depresión.

4.3.4 Técnicas.

Las técnicas son muchas, van desde los deportes, manualidades, clases, etc., hasta pasatiempos viejos y nuevos que al adolescente le agrada aprender o retomar. Algunos ejemplos son el ejercicio, grupos de lectura, clases de danza, clases de idiomas, cocinar, escuela, etc. No importa lo que escoja el adolescente sino que sea la actividad que él quiere, que le guste, que la disfrute y que tenga el apoyo y ayuda de su familia.

En este sentido, mención especial merece el análisis de las redes de apoyo con que cuente el adolescente, aspecto que abordaremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5: REDES DE APOYO

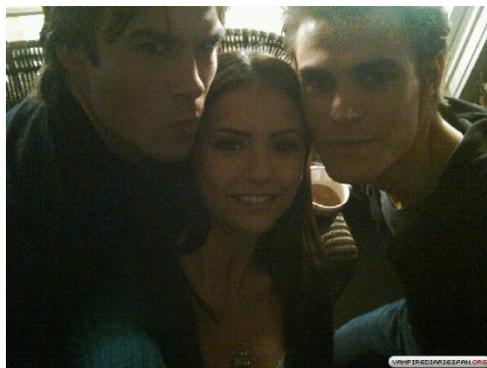


Imagen 22: Red de apoyo

"La comprensión es el primer paso para la aceptación, y solo con aceptación, puede haber recuperación." (J. K. Rowling)

La depresión afecta no sólo a quienes la padecen, sino también a quienes les importa el bienestar de aquellos que la padecen: familia, amigos y compañeros de trabajo. En el caso de los adolescentes es lo mismo; los amigos, familiares o compañeros de escuela o trabajo deben ser comprensivos y ayudarles en el transcurso de la terapia y de su recuperación, para motivarlos y que la respuesta sea buena por parte de ellos.

Si una persona a la que estimamos y queremos está deprimida, entonces una de las cosas más importantes que podemos hacer, para nosotros mismos y para esa persona, es indagar y aprender todo lo necesario sobre la depresión y su tratamiento. Así, será posible darnos una idea, ser empáticos y entenderlos poco a poco para comprender la situación por la que están pasando. Cuando contemos con esa información podremos intervenir de una mejor manera y brindarle diversas opciones de ayuda, las cuales el adolescente podrá conocer para aceptar alguna.

Conviene ser muy pacientes y ganarnos la confianza del adolescente deprimido, para lograr que se abra y podamos acercarnos a él y, al mismo tiempo, lograr intervenir dándole seguridad, que no se sienta solo y pueda hablar de todo aquello que se calla, que tenga un amigo o familiar a quien acudir en cualquier momento y le ayude a no recaer. En este capítulo mencionaremos algunas recomendaciones para cada una de las áreas de

convivencia más frecuentes del adolescente, que identifiquen y puedan trabajar estas redes de apoyo en conjunto para recibir ayuda de una mejor manera.

5.1 Familia.

**“Cuando todo está dicho y hecho,
no hay nada más importante
que el vínculo con la familia”
(J. L. Smith)**

Como bien dice la cita anterior, no hay nada más importante que el lazo familiar, para todas las personas, en especial en momentos críticos e importantes en la vida de cada miembro de la familia. En adolescentes con depresión este vínculo familiar es muy importante ya que, junto con la terapia y la familia, puede lograrse una recuperación óptima del adolescente, siendo lo más importante que el joven se sienta apoyado y se esfuerce por mejorar. En seguida, mencionaremos algunos puntos importantes a realizar durante la recuperación y después de la misma, para que la familia pueda trabajar y apoyar al adolescente deprimido.

Uno de los puntos principales durante y después del tratamiento es demostrarle afecto, hacerle sentir lo importante que es para su familia y amigos; tomar muy en cuenta lo que piensa, desea y hace. Esto con el propósito de que pueda ir forjando seguridad en si mismo y confianza en su familia, para que sepa y tenga en mente que cualquier evento bueno o malo en su vida incluye a su familia, sintiéndose seguro de recurrir a ellos ante acontecimientos de diversa índole; en especial para no recaer de nuevo en la depresión.

Conviene que los padres se mantengan atentos e interesados en lo que hagan su hijo o hija adolescente, tener una comunicación efectiva con ellos para estar enterados de lo que pasa en su vida y darse cuenta a tiempo de cualquier suceso que pueda afectarlo, hacerlo empeorar o recaer en la depresión, actuando así a tiempo. Resulta pertinente que los padres se den la oportunidad de convivir con sus hijos, saber cuáles son sus gustos e intereses, acercarse e interactuar con ellos para ser parte de su vida cotidiana.

Se debe hablar constantemente con él/ella, hacerlos sentir que pueden confiar en los miembros de la familia; es riesgoso que los padres o la familia lleguen a minimizar cualquier circunstancia que esté afectando al adolescente.

Mantener constante la comunicación, escucharlos y atender los indicadores que alerten cuando algo difícil o grave está pasando al adolescente.

Es indispensable que, para ganarse la confianza, no intenten obligarlo, hostigarlo o acosarlo para saber todos los detalles de su día o de lo que haga, diga, etc. Más bien debe ser hasta donde ellos quieran comentar y hasta donde nos permitan escuchar, no juzgarlos sino escucharlos, esto con el propósito de ir ganando su confianza poco a poco y que el adolescente se vaya sintiendo más seguro con la interacción. Si llegamos a molestarlo de más puede que esto nos aleje más de ellos.

El siguiente punto es apoyar al adolescente a realizar alguna actividad que le puede agradar, ya que en ella enfocará las energías que lo ayudarán a sentirse mejor, más seguro y orgulloso de sí mismo. Esto es de mucha ayuda, en especial en la Terapia Ocupacional, ya que con la participación del terapeuta y por los ánimos de la familia se puede hacer más fácil convencerlo de que realice alguna actividad que haya dejado o que quisiera

realizar, que sea de su agrado y sobre todo que obtenga un buen resultado. El objetivo de esto es que pueda desarrollarse satisfactoriamente dentro de esta actividad, en lo afectivo, en lo emocional y en lo social.

Un último punto importante es que la familia debe involucrarse en el proceso de recuperación, ser parte de la terapia y del proceso de curación del adolescente ya que así se sentirá apoyado y respaldado por su familia para poder seguir con el tratamiento o con la terapia; así como buscar medios de motivarlo para que se decida a mejorar.

5.2 Amigos.

*"Conlleva una gran valentía,
el enfrentarte a tus enemigos.*

*Pero mucho más,
el enfrentarte a tus amigos."*

(J. K. Rowling)

Las recomendaciones para los amigos del adolescente pueden ser variadas y en gran cantidad, sin embargo, explicaremos algunas que por su sentido práctico resultan sencillas y breves. Como los amigos son adolescentes al proporcionarles recomendaciones técnicas, cuidar que no resulten complejas o demasiado serias, ya que provocarían que se fuera perdiendo el interés por llevarlas a cabo, realizarlas mal o bien que ni siquiera despierten su interés por implementarlas.

El primer punto sería acceder a la red, navegar e investigar qué es la depresión, sus consecuencias, los factores intervinientes y, sobre todo, las estrategias de apoyo; informarse también de cómo influye la familia, o quizá hasta realizar esta actividad junto con la familia, para caracterizar la situación del adolescente con respecto a la depresión. Hacer esto tendría el propósito de que los amigos adolescentes puedan ir entendiendo el concepto, rasgos, tratamientos, etc. que conlleva la depresión, porque muchas veces entre los mismo adolescentes no se tiene la información adecuada o cierta de lo que es la depresión; incluso en ocasiones no se tiene ni idea de lo que es, si realmente es grave o no.

Conviene señalar que los adolescentes de esta época ya están muy avanzados en cuanto a tecnología e información, tienen la ventaja de ingresar en la red y poder investigar en espacios y sitios que sean de su entera confianza o agrado, pueden sacar información de cómo ayudar (actividades, ejercicios, terapias, etc.) a su amigo/a y comentarla con el terapeuta, con la familia o hasta con el mismo amigo.

Corresponde a los pares, cuando existe un vínculo cercano, animar al amigo a sugerir ayuda, orientación psicológica o médica y, al mismo tiempo, animarlo a que no la deje. En este punto puede ayudar lo anterior, al tener la información y ofrecerle ayuda al paciente por parte de sus amigos se sentirá más tranquilo y apoyado, de igual modo, el amigo le mostrará opciones distintas de orientación, ayuda o terapias, hasta puede ayudarlo a elegir alguna y, junto con la familia, decidirse por la mejor estrategia para ayudarlo.

Otro punto de apoyo es que los amigos, o amigo, ofrezcan acompañarlo a las citas médicas, de orientación o terapias psicológicas, con el propósito de que se mantenga animado, con la suficiente motivación para que no se niegue o deje de ir a las mismas. Es importante que sienta la compañía y soporte de sus amigos, que sepa que puede contar con ellos ante cualquier circunstancia adversa y que no pierda el contacto con este círculo o grupo,

que note que no solo su familia está ahí sino que también los demás, aquellos que lo quieren, desean su pronta recuperación.

Al mismo tiempo, se puede escuchar con atención, respeto y compromiso, lo que la persona deprimida quiera decir. Respecto a este tema cabe hacer mención de que aunque el adolescente puede platicar con su familia y ellos lo pueden escuchar y orientar, con un amigo es muy diferente, y no son diferencias que deban interpretarse como buenas o malas, sino solo “sanas” ya que en ocasiones el adolescente necesita de una opinión externa, de un punto de vista de terceros, aparte de que con un amigo es mucho más abierta la comunicación; en ocasiones, habrá temas, eventos o incidentes que por pena o ignorancia del mismo adolescente o del familiar no querrían hablar con ellos, sino con un amigo o amiga.

Otra estrategia que entre amigos se puede implementar es que, sin ser insistente, se anime al amigo deprimido a retomar las cosas que acostumbraba disfrutar, como visitar amigos, ir al cine o dar una caminata. Esto con el objetivo de que el paciente pueda entretenerse, que vea que hay todo un mundo en movimiento, que le ofrece múltiples oportunidades, y en el cual puede compartir con sus seres queridos; implica fortalecer al adolescente que, al estar deprimido, se siente a menudo sin valor, haciendo demasiado hincapié en sus fallos, fracasos y defectos. Hay que recordarle sus cualidades y capacidades y manifestarle lo que significa para uno.

También conviene mantener su sentido del humor y su sonrisa, cuando sea posible, para diluir la tensión y aligerar la atmósfera emocional y el clima afectivo, alejarse un poco de lo cotidiano que daña o hasta de la sobrecarga que pudiera representar la misma terapia. Hacer reír al amigo deprimido con anécdotas alegres, chistes, incidentes graciosos o actividades lúdicas. La risa es una de las mejores medicinas, creemos firmemente que ayuda mucho a distanciarse de los problemas o tristezas; a través de la risa se liberan, también, muchas cosas que al adolescente en algún modo pueden afectarlo y le prohíben avanzar en la terapia.

5.3 Compañeros y Docentes en la Escuela.

Básicamente en esta red de apoyo es recomendable la comunicación entre la familia, la escuela y docentes. Esto con el fin de trabajar en equipo para ayudar al mejoramiento del adolescente. Es importante que tanto la familia como la escuela reporten avances, consejos o algún tipo de información que pueda ayudar o perjudicar al adolescente, sea para prevenirlo o hablarlo con el terapeuta, en especial si se llegara a dar un cambio preocupante en sus actitudes o comportamiento, ya que esto podría perjudicarlo y el adolescente, regularmente, no sabría cómo manejarlo.

Es fundamental que los maestros estén muy alertas, acercarse al adolescente, mostrarle apoyo y ayudarlo en lo que sea necesario para que pueda seguir estudiando, sin que sus problemas puedan distraerlo de sus ocupaciones habituales en un nivel que afecte su desempeño y funcionalidad; o ser causa de una baja de calificaciones. Al respecto, sería de ayuda el realizar algún plan de estudio para que pueda retomarlo, armar esto con ayuda del personal escolar y del adolescente. *(Bosqued, Marisa, 2005)*

5.4 Ayuda Terapéutica.

“Charlie: Quizá... Bueno, tal vez si hablas del tema, con alguien... con un profesional...”

Bella: ¿Quieres decir a un loquero?

Charlie: Podría ayudar

Bella: Y también podría no servir de nada”

(Stephanie Meyer)

Una vez obtenida la información y elegido el tipo de terapia alternativa que pudiera resultar más conveniente al paciente adolescente, en el caso del *psicólogo*, éste debe estar en la mejor disposición, abierto a escuchar y cumplir con profesionalismo a lo expuesto en El *Código de Ética del Psicólogo*, como una base fundamental para regir su conducta y desempeñarse con calidad en la intervención para lograr resultados satisfactorios, de acuerdo con estándares definidos por dicho documento.

Al respecto, mencionaremos algunos aspectos básicos que, en nuestra interpretación, deben regir los procedimientos e interacción en las terapias y tratamientos que el psicólogo ofrezca a los usuarios de sus servicios.

El *psicólogo* asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales y académicas, garantizando en todo momento el bienestar de todas aquellas personas que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la *Psicología*.

Los psicólogos éticos son interdependientes entre sí. Para resolver cualquier asunto o dilema ético, el psicólogo debe sopesar los diversos principios dando prioridad al que estipula el Respeto a los Derechos y a la Dignidad de las Personas. Los *psicólogos* se adhieren al principio de *Respeto a los Derechos y a la Dignidad de las Personas*. Cualquier persona debe recibir fundamentalmente un trato como persona o como un fin en sí misma, y no como un objeto o un medio para alcanzar un fin.

Toda persona tiene derecho al respeto de los demás, dado éste por su valor intrínseco como ser humano, y a que este valor no aumente o disminuya en función de características, condición o estatus personal alguno.

Toda persona tiene derecho a que se aprecie su valor innato como ser humano y que se reconozca que este valor innato no aumenta, ni disminuye, dependiendo de característica alguna, condición o estado, tal como su raza, cultura, idioma, discapacidad mental, nivel socioeconómico, orientación sexual, religión, sexo, estado civil, discapacidad física, color, edad o nacionalidad.

Los *psicólogos* tienen la responsabilidad de respetar la dignidad de todas las personas con las que entran en contacto en su función profesional, la naturaleza de su contrato con la sociedad requiere mayor responsabilidad ante aquellas personas receptoras de sus servicios. Tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia. El principio de respeto a los derechos y a la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer o dar por terminada la relación con el *psicólogo*.

Cada *psicólogo* muestra su preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier persona, familia, grupo o comunidad. La actividad psicológica debe beneficiar a la sociedad, evitando el daño en todo momento.

En el desempeño de sus actividades el psicólogo tiene la responsabilidad de desarrollar y emplear métodos que amplíen los beneficios, y evitar aquellos métodos que dañen o no ayuden. Cuando sus métodos produzcan daños, debe corregir sus efectos dañinos. Este daño puede ser tanto físico como psicológico.

El *psicólogo* sólo debe realizar actividades para: las que recibió la formación suficiente, es competente, y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas.

El *psicólogo* demuestra en su actuación: precisión y honestidad, apertura y sinceridad, máxima objetividad y mínimo prejuicio o sesgo, y evitación de conflictos de intereses. La Integridad es fundamental en las Relaciones que el psicólogo establece con los demás, apoya normas de comportamiento como evitar el engaño, fraude, falsificación de resultados, errores en pruebas, etc.

En este principio se basan las normas que muestran al psicólogo como debe fomentar su integridad hacia la ciencia, la enseñanza y las prácticas psicológicas, y su respeto, honestidad y justicia hacia las personas con las que se relaciona en el desempeño de estas actividades. El *psicólogo* aclara a estas personas su papel, su enfoque, sus funciones y los servicios que ofrece.

El *psicólogo* busca aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos. Así mismo el *psicólogo* se emplea para fines benéficos. El *psicólogo* tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y contribuciones de la psicología que beneficien a los demás.

Queden pues estas recomendaciones como un encuadre que, si bien general, esperamos aporte elementos necesarios y suficientes para el inicio de una experiencia vital, el ejercicio profesional de la psicoterapia en cualquier ámbito y para todo problema humano en que tenga aplicación. En el caso de esta tesis, la depresión en adolescentes.

CONCLUSIONES

Esta tesis representó la continuidad de una investigación escolar sobre la depresión, sumado a la experiencia personal de la autora con esta problemática en la etapa de la adolescencia, etapa en que resulta común a las personas pasar por una difícil transición, ya que se presentan cambios; físicos, que llegan a ser sorprendivos y confusos; emocionales, que en su momento pueden llegar a ser abrumadores para el adolescente, y; psicológicos, que contribuyen a la definición de la personalidad.

Estos cambios, como se intentó demostrar en el desarrollo de este trabajo, a pesar de su significado y trascendencia, suelen no ser tomados en cuenta con el especial cuidado y atención que se merecen. En ocasiones, si no es que en la mayoría de los casos, al adolescente le cuesta trabajo afrontarlos, y más si no dispone de redes de apoyo efectivas o información apropiada, que le puedan ayudar y orientar en este periodo.

Una situación que, esperamos haya quedado demostrada en esta tesis es que mientras se tenga la comunicación, apoyo e información correcta se puede pasar por esta etapa de una mejor forma, enfatizando que con las redes de apoyo, el tratamiento psicológico y las terapias alternativas aquí expuestas, se puede dar soporte de una manera correcta al adolescente y, sobre todo, ayudarle a encontrarse, reconocerse y formarse como persona.

Otro aspecto importante para el desarrollo del tema de esta tesis fue el que la depresión pareciera no haber llamado la atención en el nivel que le corresponde por su magnitud e impacto, hasta hace apenas algunos años.

La depresión, esperamos haberlo aclarado con suficiencia en este escrito, es un trastorno del ánimo, que afecta a la persona, llegando en el caso extremo de su manifestación incontrolada, a la afectación del entorno, provocando en el adolescente que poco a poco se pierda el interés por la vida personal, familiar, social y de todo lo que le rodea. Se abandona, paulatina o súbitamente, la realización de las actividades que se hacían cotidianamente: como comer, salir con los amigos, ir a la escuela o trabajo, hacer ejercicio, divertirse, etc.

La depresión, cabe insistir, puede darse de manera temporal o fija y, como intentó mostrarse a lo largo de esta investigación, tiene distintos factores que rodean a la persona, como el estrés en el trabajo, presión en la escuela, familia, amigos y pareja.

Esperamos que la mención de los signos indicativos de este estado, sirva para dar a conocer, a todo lector interesado en este tema, cuando el adolescente u otra persona sufren de depresión, afectando su desempeño, la funcionalidad de sus interacciones sociales, su estado físico, sus hábitos, pensamientos, los vínculos familiares y con amigos etc., reconociendo que estos van cambiando de manera paulatina y llegan a perjudicar a la propia persona y a terceros que interactúan con ella.

Ahora bien, uniendo estos dos temas, adolescencia y depresión, suponemos que la investigación realizada en esta tesis contribuye a la necesidad de comprobar la importancia que tiene la relación de ambos temas.

Poder constatar, además, el papel que juegan diversos factores durante esta etapa, ya que es crucial en el adolescente para su formación personal, trayecto existencial en el que va adquiriendo los rasgos fundacionales de su personalidad, su toma de decisiones y la fijación de sus metas, estableciendo las prioridades de su vida.

Si al adolescente se le dificulta pasar por los cambios físicos, por no tener la información adecuada y no contar con redes de apoyo, o por tener compañías que llegan a afectarlo en su desarrollo y adaptación al entorno familiar, escolar y social, es cuando surgen problemas como la rebeldía sin sentido o las confusiones al despertar de su sexualidad, donde muchas de las veces al adolescente no se le toma en serio y en otros casos no se trabaja en establecer confianza y comunicación por parte de los padres o personas cercanas a él.

Ante tales circunstancias, el peor de los escenarios que se puede presentar es cuando aparecen síntomas de la depresión que, al complicarse, interfieren con la toma de decisiones y el establecimiento de relaciones interpersonales cálidas y de calidad, es decir, aquellas en que predominen la comunicación, el afecto y la empatía.

Otra conclusión que quisiéramos destacar es la importancia que tienen los nuevos tratamientos alternativos, algunos de los cuales se presentan en esta investigación, es el caso de la Psicología Positiva y los Pases Mágicos, estrategias que solo en su aplicación e interpretación crítica posterior permitirán evidenciar sus alcances para el tratamiento de la depresión en adolescentes.

Al respecto, esperamos que la descripción detallada que se hace en el capítulo cuatro sea suficiente para el manejo de las sesiones con los Pases Mágicos, indicando las características de los movimientos y los beneficios que aportan, así como la secuencia de cada uno de los ejercicios físicos que se deben realizar en las sesiones con el adolescente, para enseñarle el uso y redistribución de la energía, indispensable en cuadros de depresión, enfrentando el reto de la inactividad que caracteriza al depresivo.

Podemos asegurar que al activar la energía se logra un “hacer para superar” lo que domina la voluntad y somete la necesaria movilidad y hasta el deseo, fuentes indispensables para el dinamismo de la vida.

En este sentido, esperamos establecer como un propósito para lograr el bienestar y equilibrio de la mente, cuerpo y espíritu del paciente adolescente, la enseñanza del manejo de toda su energía, de manera positiva, en situaciones que se le presenten en la vida cotidiana. Al lograr esté equilibrio al adolescente se le puede facilitar la toma de decisiones, prioridades y metas y adquirir confianza en sus potencialidades, así como la facilitación de las vías para lograr los objetivos que se haya planteado.

Además, aseguramos que al saber manejar la energía, el adolescente también obtiene habilidades y destrezas no solo físicas sino también mentales, ya que muchos de los ejercicios mencionados tienen como ventaja fortalecer el cuerpo y, consecuentemente, aclarar la mente.

Una ventaja adicional es el poder ser transmisor de esa buena energía hacia los demás, al disponer y generar una energía límpida y positiva nuestra actitud cambia y somos más accesibles. Esto crea una condición favorable para la interacción con los padres, maestros y con las personas que nos rodean, ya que así es más fácil acercarse a ellos y establecer un lazo de confianza y comunicación para mejorar el trato.

Para el caso de la Psicología Positiva, como terapia alternativa, proponemos que su ayuda parte del modo en que se reestructuran pensamientos y actitudes, es por esto que recomendamos empezar con sesiones que incluyan distintas actividades y, dentro de ellas, explicar y debatir los ejes de análisis de cada uno de los temas que se manejan dentro de la Psicología Positiva, como son: Fortalezas, Bienestar Psicológico, Resiliencia, Optimismo, etc.

Las actividades también permiten demostrar, con la práctica, que tienen la capacidad de hacer reflexionar al adolescente sobre sí mismo, sus virtudes, defectos y personalidad, para así lograr una “radiografía de su persona”, echar un vistazo hacia él mismo que le permita darse cuenta de cuáles son las cosas que necesita mejorar, modificar o quitar para su bienestar; conocer todos los aspectos buenos y positivos que tiene y ocuparlos a su favor ante cualquier situación que le represente dificultad, es decir, que pueda ser resiliente.

En síntesis, “poder reconstruirse a uno mismo” y mantenerse inquebrantable ante cualquier circunstancia. Así, al mismo tiempo, lograr el objetivo compartido, alcanzar una mejor actitud y ser accesibles con los demás, para obtener apoyo y confianza.

Acerca de las Terapias Ocupacionales cabe señalar que, aunque vienen de antaño, han demostrado su vigencia, bondad, productividad y efectividad. Son terapias que, a pesar del tiempo, han conquistado un espacio propio en el ámbito de la Psicoterapia, razón por la cual podemos concluir y reafirmar, que tienen un enorme potencial, el cual les da un valor especial por su uso y resultados.

Además, nos dan una gran ventaja con el paciente adolescente, ya que si encontramos junto con él una ocupación o actividad que le guste y lo motive para salir de su estado de ánimo depresivo, podemos lograr que él vaya viendo la vida con otros ojos, tenga la oportunidad de conocer gente y salga de la depresión enfocándose en la actividad.

Con todo lo descrito y propuesto es viable lograr que, poco a poco, vaya adquiriendo la confianza suficiente en él mismo para hacer las cosas que se proponga, lo cual será siempre un excelente recurso para mejorar la calidad de sus interacciones.

Ante todo lo planteado, también resulta pertinente concluir que las terapias alternativas aquí descritas, serán efectivas en los adolescentes siempre y cuando se conduzcan de la manera indicada, motivando al adolescente, con la ayuda de sus redes de apoyo, constancia y voluntad para salir de la depresión.

Son aun más efectivas combinándolas, ya que tenemos la ventaja del manejo de la energía que se da con los Pases Mágicos, siendo un motivador que ayuda al adolescente a activarse y a relajarse, haciendo más fácil su concentración y desempeño en las actividades de reflexión, incluidas en el apartado de la Psicología Positiva.

Cabe mencionar que mientras el adolescente no pida la ayuda necesaria, no será posible intervenir, ya que debemos contar con su disposición para integrarse en la realización de las cosas que se le proponen; una alternativa es poder convencerlo de intentarlas, demostrándose a sí mismo que por esta vía encontrará más posibilidades que limitaciones.

Este trabajo de tesis, cabe concluir, tuvo como soporte la experiencia práctica de actividades escolares en atención psicológica a pacientes; así como diversos talleres de Psicología Positiva y Pases Mágicos impartidos, en los cuales la autora tuvo la oportunidad de participar tanto en la organización como en el diseño e implementación, por esta razón, se hizo posible proponer una selección con las técnicas mencionadas, teniendo la seguridad de su efectividad, ya que pueden ser entendibles y atractivas para su práctica por parte de los adolescentes.

Este trabajo, justo es decirlo, quizá sea una contribución modesta para el estudio y tratamiento de la depresión en adolescentes; siendo este un campo de investigación tan amplio, la dimensión de las problemáticas que abarca hacen apremiante el poder contar con estrategias y procedimientos efectivos. Sin embargo, destacamos nuestro mayor aporte en la posibilidad que sugiere la acción práctica, un hacer que, esperamos, se redimensione con nuevas propuestas, vale decir prácticas.

Por último, quisiéramos dejar para la reflexión la siguiente frase de Irene Villa (2012), la cual consideramos muy cierta y, sugerimos, deba tenerse presente para muchos de nosotros, como aliento de vida, ideal, esperanza o consigna para enfrentar la adversidad:

“Sonreír es gratis, no cuesta, y te hace mucho bien y te da más que un mal, facilita la vida y es el mejor regalo que se puede dar.”(Irene Villa. 2013)

Documentos de Consulta.

- AA.VV. (1996) Historia de los jóvenes: de la antigüedad a la edad moderna, Editorial: Taurus, México.
- Aberasturi, A. y Knobe, M., (1976) La Adolescencia Normal, Editorial: Paidós, 1ra Edición, Barcelona.
- Alonso Fernández F. (1988) La Depresión y Su Diagnóstico, Editorial: Labor, México.
- American Psychiatric Association (2003) DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV Editorial Masson, Barcelona.
- Andrews, C. B. (1922) Educación de la Adolescencia, Editorial: Ediciones de Lectura, 1ra Edición, Madrid.
- Bennett, Tara (2001) Alquimia emocional la transformación interior para la verdadera felicidad, Editorial: Vergara, Grupo Zeta, México.
- Brewer, S. (2005) Relajación: ejercicios e iluminaciones para el bienestar, Editorial: Panamericana, Colombia.
- Blos, Meter, (1990) La Transición Adolescente, Editorial: Amorrortu 1ra Edición, Buenos Aires.
- Bono, G. y McCullough, M.E. (2006) Positive responses to benefit and harm. Bringing forgiveness and gratitude. Journal of Cognitive Psychotherapy.
- Burns D. (1999) Sentirse bien. Una nueva terapia para las depresiones, Editorial: Paidós, México.
- Bosqued Loreta Marisa, (2005) Vencer la Depresión, Editorial: Desclée de Brouwer, España.
- Castañeda, C. (1998) Pases Mágicos la sabiduría práctica de los chamanes del antiguo México: la tensegridad, Editorial: Atlántida, México.
- Castañeda, C. (2000) El silencio interno y La rueda del tiempo, Editorial: Axolotl, México.
- Castañeda, C. (1997) Las enseñanzas de don Juan: una forma yaqui de conocimiento Editorial: FCE, México.
- Castilla Del Pino, C. (1980) Dialéctica de la depresión, Editorial: Alianza, Madrid.
- Cicerón, Marco T. (1980) Del sumo bien y del sumo mal Los clásicos, Editorial: Cumbre, México.
- Clark, A., Clemens H. y Bean, R. (1999) La Autoestima en los Adolescentes, Editorial Siglo XXI, México.
- Conger (1980), Adolescencia Generación Presionada, Editorial: PIMSA, México.
- Cobain, Kurt, (2006) Diarios / Diaries: Kurt Cobain, Editorial: Reservoir, 4ta Edición, Madrid.
- Craig, J. (1997) Desarrollo Psicológico, S/E, México.

- Dolto, Françoise. (2004) La Causa de los Adolescentes, Editorial: Paidós 1ra Edición, Barcelona.
- Dio Bleichmar, E. (1992) La depresión en la Mujer, S/E, España.
- Ericsson, E. y Erickson, E. H. (2004) Sociedad y Adolescencia, Editorial: Siglo XXI, 1ra Edición, México.
- Fitzpatrick Carol (2006) Ayudando a Vencer la Depresión a la Gente Joven S.I.
- Fitzpatrick, Carol y Sarry John, (2006) Ayudando a vencer la Depresión en la Gente Joven, Editorial: Paidós, 1ra Edición, México.
- Fizer, Michel. (2002) Los Adolescentes, Editorial: FCE, 1ra Edición México.
- Galende, Emiliano (2008) Psicofármacos y salud mental, Editorial: S.A., Buenos Aires, Argentina.
- Gold, Mark S. (1987) Buenas noticias sobre la depresión: como tratarla y curarla con los avances de la nueva psiquiatría, Editor: Javier Vergara, México.
- Goleman, D. (2002) Emociones destructivas cómo comprenderlas y dominarlas, Editorial: Grupo Zeta, México.
- Graciela, Pardo A., Adriana, Sandoval P., Diana, Umbarila Z., Adolescencia y Depresión, Revista Colombiana de Psicología No. 13, 2004.
- García, N., Martínez, N. y Yañez, N. Influencia del Apoyo Social en la Depresión del Adolescente, Tesis de Licenciatura UNAM Fes Iztacala.
- Henderson Grotberg, Edith (2006) La Resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades, Editorial: Gedisa, Barcelona.
- Horrocks, J. (2001) Psicología de la Adolescencia, Editorial: Trillas 8va Reimpresión, México.
- Hurlock, B. (1994) Psicología en la Adolescencia, Editorial: Paidós Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, Censo General de Población y Vivienda 2000, México, D.F. INEGI 2010.
- Kolb, Lawrence C. (1977) Psiquiatría Clínica Moderna, Editorial: La Prensa Médica Mexicana, México.
- Lara, Ma. Asunción (2003) ¿Es difícil ser mujer? : una guía sobre depresión, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Martín Seligman (2008) Indefensión, Editorial: Debate.

- Martin Seligman (2008) Aprenda Optimismo, Editorial: De bolsillo.
- Mc Kinney, J.P., Fitzgerald, E., Strammen, A., (2004) Psicología del Desarrollo en Edad Adolescente, México.
- Munist, Mabel M., Suárez, Elbio N., Krauskopf, Dina y Silber, Tomás, (2007) Adolescencia y resiliencia, Editorial: Paidós Tramas Sociales, México.
- Muss, R.E. (1984) Teorías de la Adolescencia, Editorial: Editorial Paidós, 1ra Edición, México.
- Organización Mundial de la Salud (2007) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.
- Papalia, Diane E., Wendkos, Sally y Duskin, Ruth (2005) Desarrollo Humano Editorial: Mc Graw Hill, México.
- Papalia, D. (1996) Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia, Editorial: Mc Graw Hill. México.
- Polonio López Begoña (2001) Conceptos fundamentales de terapia ocupacional, Editorial: Médica Panamericana, Madrid.
- Quinn, Brian P. (2004) Todo sobre la depresión: Aprenda a controlarla, Editorial Mc Graw Hill, México.
- Royce, E. James (1967) Personalidad y Salud Mental, Editorial: Herrero, México.
- Séneca (1980) De la providencia, Editorial: Los clásicos, Madrid.
- Soutullo, Esperen C. (2005) Depresión y Enfermedad Bipolar en niños y adolescentes, Editorial: Navarra, España.
- Train, Manuel y Novano, J. (2006) Adolescentes en Riesgo, Editorial: CCS, 1ra Edición, Madrid.
- Vidal, M. Autoestima y Asertividad como parte fundamental en la consolidación del Proyecto de vida de los Adolescentes, Tesis de Licenciatura UNAM Fes Zaragoza.
- Winogrod, B. (2005) Depresión, Editorial: Paidós, Buenos Aires.

Páginas electrónicas.

Cantoral, G., Mendez, M. y Nazar, A. (2005), Depresión en Adolescentes. En red: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofronztl/depresion.pdf. Recuperado 17 de Junio 2010.

La Adolescencia. (2000) En red: <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/etapas-adolescencia.htm>. Recuperado 14 de Mayo 2010.

Adolescencia. En Red: <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>. Recuperado 11 de Mayo 2010.

Méndez Errico Sebastián (2011). En red: <http://www.innatia.com/s/c-combatir-la-depresion/a-definicion-de-depresion.html>. Recuperado 17 de Junio 2010.

Signos y Síntomas (2003). En red: http://www.depresion.psicomag.com/signos_y_sinto.php. Recuperado 11 de Mayo 2010.

Bulimia y adolescentes (2009). En red: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000341.htm>. Recuperado 15 de Mayo 2010.

Depresión post parto. En red: http://www.geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm. Recuperado 01 de Mayo 2011.

Depresión en la Vejez (2003). En red: http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php. Recuperado 09 de Mayo 2010.

Arnulfo Castellanos-Moreno D., Orígenes de la Depresión (el cerebro estudiado como conjunto de circuitos) (2010). En red: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>. Recuperado 07 de Abril 2011.

Xavier Conesa , *Factores de Riesgo* (2004). En red: <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/factores-riesgo-depresion>. Recuperado 07 Abril 2011.

Dra. Lídice Josué Díaz, *Factores Psicosociales de la Depresión* (2006). En red: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_3_06/mil09306.htm. Recuperado 07 Abril 2011.

Dr. Elmer A. Masis Olivas, *Depresión en la Adolescencia* (2006). En red: http://www.psicologoescolar.com/ARTICULOS/PAGINAS_DE_ARTICULOS/costa_rica_elmer_masis_olivas_depresion_en_la_adolescencia.htm. Recuperado 21 de Marzo 2012

Diana Aguilar, Benjamín Álvarez, Mariana Becerril, Rafael Espinosa, Gabriela Sánchez. *Ausencia temporal de los padres por cuestiones laborales como factor causante de la depresión en adolescentes* (2010). En red: <http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>. Recuperado 15 Junio 2011.

Paloma Cobo **Ocejo** *Síndrome de la Adolescencia* (2009). En red: http://www.crianzaysalud.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=110%3Ael-sindrome-de-la-adolescencia-normal&catid=45%3Aetapas&Itemid=2. Recuperado 31 de Agosto 2011.

Castañeda Carlos, Tensegridad (2012). En red: <http://www.castaneda.com/mirrors/spanish/index.html>
Recuperado 12 de Marzo 2012.

Castaneda Carlos, Practica de la Tensegridad (2012) En red: <http://cambiaelmundodespiertate.wordpress.com/2011/02/12/pases-magicos-de-carlos-castaneda/>. Recuperado 12 de Marzo 2012.

Psicología Positiva (2011) En red: <http://www.psicologia-positiva.com/>. Recuperado 14 de Abril 2011.

Ponce Miguel, Martin Seligman y la psicología positiva" (2012). En red: <http://elfrenopatico.blogspot.com/2008/02/martin-seligman-y-la-psicologa-positiva.html>. Recuperado 15 de Marzo 2012.

Mihaly Csikszentmihalyi, El Fluir de la Felicidad (2010). En red: <http://humanismoyconectividad.wordpress.com/2007/08/13/mihaly-csikszentmihalyi-el-flujo-y-el-arte-de-la-felicidad/>. Recuperado 12 de Mayo 2010.

Jorge Enrique Girón Ramírez, Relaciones Interpersonales (2012). En red: http://www.angelfire.com/band2/suciasteam0/RELACIONES_INTERPERSONALES.htm. Recuperado 6 de Septiembre 2012.