



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

“EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VANIA MARTÍNEZ JUÁREZ

ASESOR:

PSIC. ANABEL VILLAFANA GARCÍA

ORIZABA, VER.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo del tiempo de la elaboración del presente trabajo la vida y las personas a mi alrededor me han presentado oportunidades que han sido de ayuda para crecer y aprender, agradezco a estas mismas porque en ellas se encuentra la enseñanza de que el tiempo puede sorprender al más atento vigilante, la persistencia bien puede ser un eco o un chasquido seco, el conocimiento se limita a la medida que tu elijas y es necesario pedir apoyo ante la incertidumbre.

Quiero agradecer en especial a mis maestros ya que su apoyo constante y sus conocimientos que me brindaron son de gran utilidad en mi mañana, le agradezco igualmente a mis compañeros de clase los cuales me acompañaron cuatro años además de ayudarnos mutuamente.

A mis padres que son mis pilares en mi formación, aquellos que han hecho posible el estudiar lo que más me gusta, con su apoyo, comprensión, paciencia y amor, los cuales nunca faltaron ni un segundo. A mi familia, ellos me motivaron a continuar y finalizar mis estudios con dedicación, disciplina y confianza.

A las personas que estuvieron cerca de mi en los momentos de elaboración del presente trabajo, a ellos que brindaron su apoyo en los momentos de bloqueo, en momentos complicados para continuar con la redacción, gracias a todos ellos que hicieron posible el llegar tan lejos, aún en momentos complicados, como las manecillas del reloj recordando que el tiempo sigue su curso y no espera a nadie.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I. Depresión	7
1.1. Depresión.....	7
1.2. Depresión en adolescentes.....	15
1.3. Factores de riesgo y prevención del riesgo suicida.....	22
Capítulo II. Familia	31
2.1. Familia.....	31
2.2. Paternidad.....	38
2.3. Importancia de los padres en la adolescencia.....	44
Capítulo III. Modelo y área psicológica	52
3.1 Modelo psicológico.....	52
3.2 Área de la psicología.....	67
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	82

Resumen

El presente trabajo consiste en el análisis teórico de los efectos adversos de los padres sobre el adolescente con depresión, hablando, de entrada, que este trastorno afecta en todas las esferas del individuo y las redes de apoyo sobresale, tanto para el apego al tratamiento como el avance del mismo.

Los allegados del paciente juegan un papel importante especialmente la atención que brindan aquellas personas más cercanas, siendo esta, la familia, la cual tiene una definición compleja, ya que se divide de diferentes formas, en una familia tradicional de padres e hijos se puede descubrir que la ausencia y presencia, tiene efectos positivos y negativos para sus hijos adolescentes, siendo un punto de partida para la investigación del efecto y autoridad de los padres sobre estos mismos, sumado a la depresión que pueden presentar.

Los padres en su mayoría buscan ayudar a sus hijos a salir adelante, que tengan un buen futuro y que sean felices, cuando hay situaciones que provocan un deterioro en lo académico como es el caso de los adolescentes es una señal de alarma para intervenir, sin embargo, esto solo es una de las múltiples y posibles problemáticas, cada familia interviene de diferente manera a lo que consideran lo mejor para sus hijos, sin embargo, en algunas circunstancias no es suficiente.

La psicología ha tomado un papel muy importante dentro de la vida diaria de las personas, siendo esta ciencia una de los pilares de la salud, sigue en crecimiento y actualizándose cada vez más, como es el caso del trabajo terapéutico en conjunto con la familia.

Introducción

La depresión es un malestar que conlleva una carga emocional sumamente pesada para quien lo padece y para el cuidador o cuidadores del sujeto, ya que este trastorno es tan grave que los hábitos del paciente se ven impedidos por una disminución considerable de energía, falta de motivación respecto a lo que antes se disfrutaba como: pasatiempos, actividades deportivas, al igual que muchos disfrutaban el dormir, pero para los que padecen depresión, su ciclo del sueño se altera, provocando que no pueda dormir en absoluto, pocas horas o por el contrario dormir casi todo el día.

Éste trastorno es como un abismo de soledad para el adolescente, se siente incomprendido, vacío, sin esperanza; siente que ya no puede más, se siente acorralado, sus ideaciones son definitivas ya que provienen del inconsciente, son difíciles de cambiar o moldear, necesitan ayuda farmacológica por los desniveles de neurotransmisores.

Es tanto el problema que puede que sujetos afectados tengan ideaciones suicidas, en su mayoría dan indicios de ello, por ciertas verbalizaciones o acciones, pero lamentablemente sus familiares o en este caso los padres, hacen caso omiso a las señales dejando que este acto fatídico pueda ser llevado a cabo, por el contrario padres que se preocupan demasiado a tal punto de pensar que su hijo no se recuperará; en muchos casos la falta de información sobre este trastorno provoca que haya negligencias en su intervención temprana o en los procesos que deben seguir para prevenir lo peor o mantener al sujeto lo mayor estable posible, así como en los primeros auxilios médicos que son de vida o muerte, en estos casos los que están en primera línea, serán los cuidadores.

Es importante que los padres sepan actuar ante una posible crisis que esté pasando el adolescente, ya que esos momentos son cruciales para que no sucedan intentos de suicidio, heridas auto infligidas, mayor inestabilidad en el joven, ya que está

en su control hacer algo o llamar a un especialista que pueda apoyar, e incluso saber de esta información es beneficioso para entender mejor la situación y brindar de un mejor apoyo emocional, así como saber a dónde acudir, con quien y que procedimiento es el adecuado para este tipo de situaciones.

No hay una cura mágica para este padecer, sumado a las dificultades que conlleva la adolescencia, una etapa caótica y de descubrimiento, estas se olvidan de lo que es sentirse triste por algo natural, es por ello que el objetivo del presente trabajo es analizar la influencia de los padres sobre la salud mental de los adolescentes con depresión mediante una revisión teórica.

Dentro del capítulo uno, se encuentra la descripción, los tipos y los diferentes conceptos sobre la depresión, además de los síntomas en adolescentes y en cómo varían de los síntomas de una persona adulta, factores de riesgo y prevención de riesgo suicida, dado que se presentan las posibilidades de quitarse la vida.

En cuanto al capítulo dos el tema se centra en la familia, sus diferentes tipos, las personas que la componen, en la paternidad y cómo es diferente entre la madre y el padre en cuanto a la crianza y en la importancia de los padres sobre los adolescentes y las necesidades que presentan los mismos hacia la atención y comunicación que se puede o no presentar.

Por último, en el capítulo tres, se describe el modelo cognitivo conductual y área de psicología, además de los principales representantes, técnicas del modelo y conceptos sobre el área clínica.

CAPÍTULO I.

DEPRESIÓN

1.1. Depresión

Conforme han ido evolucionando los estudios e información de los trastornos mentales, se ha delimitado cada uno de ellos en diferentes categorías, por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo en el cual uno de ellos es la depresión, muy sonada en la actualidad lamentablemente.

La depresión tiene sus bases aproximadamente desde hace más de 3000 años por la medicina egipcia, de acuerdo con las investigaciones podemos encontrar que “Hipócrates menciona en su *Corpus Hippocraticum* la palabra "melancolía", definida como una enfermedad mental causada por la bilis negra” en correlación con los cuatro humores, aquella que perturba el equilibrio del cuerpo (s/a, 2017, p. 52).

Podemos encontrar que la depresión también se define como el “Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo”, dicho en otras palabras, un cambio entre tristeza, ira e irritabilidad, donde se ven implicados también cambios en la química cerebral, un desbalance en las esferas del individuo (APA, 2014, p.155).

De acuerdo con la OPS la depresión se define como “una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.”, en comparación otras definiciones, esta es una de las más completas y concisas hasta el momento, mencionando los puntos

que distinguen a este trastorno además de mostrar la gravedad del mismo (OMS/OPS s/a, p.1).

Existen diferentes tipos de depresión, pero en cuanto a extensión, se pueden dividir en dos, “La depresión grave que dura por lo menos dos semanas, y la más leve, pero crónica (trastorno distímico), en el cual se presenta un largo ánimo deprimido, que dura un año o más”, cualquiera de ellas será un pesar en la vida del sujeto y un reto de supervivencia diario (Lander, 2011, p.35).

Una vez delimitado este trastorno; las personas se ven impactadas ante este sufrimiento en gran medida ya que la OMS dice que el trastorno depresivo mayor es aquel que predomina más en la población teniendo cifras de entre 10 y 15% en mujeres y 5 y 12% en hombres, es por ello que los profesionales de la salud mental buscan con arduo trabajo una mejor intervención, difundir la importancia de acudir a terapia y el no minimizar esta problemática (García, 2019, p.94).

En relación con los porcentajes que se presentan “En México, el número de jóvenes entre 12 y 24 años con depresión es de aproximadamente 2.5 millones, y 9.9 de cada 100 mil ha tenido ideas suicidas.” recalcando que estas ideas pueden o no estar presentes, aunque lamentablemente esta solución errónea es más tentativa para los jóvenes, callando el sufrimiento con una próxima muerte o solo fantasear con ese fatídico resultado (Fouilloux, et al, 2018, s/p).

Gracias a las estadísticas podemos saber que dentro de la población femenina se “presentan un número mayor de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno: cualquier trastorno por ansiedad, cualquier trastorno de ánimo y cualquier trastorno de impulsividad”, esto tiene un origen posiblemente por el rol que desempeñan,

intensificando la conducta de pasividad, impotencia y emocionalidad en ellas y en consecuencia repercusiones de inestabilidad en sus esferas (Benjet et al, 2009, pp.159-161)

Aquel que repercute con más frecuencia en la población es el trastorno de depresión mayor, saber qué es no basta para poder entender del todo este padecimiento, puesto que va más allá de lo superficial y observable, dentro de sus síntomas acompañantes se encuentran:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades
- Pérdida o incremento considerable de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o toma de decisiones
- Pensamientos de muerte

Cabe resaltar que, para diagnosticar, la persona deberá tener un mínimo de 5 síntomas, además de una duración de 2 semanas, es importante saber con certeza cuales son los padecimientos que impactan en su vida diaria, además de aplicar pruebas psicométricas, entrevista con el psiquiatra y psicólogo y demás procedimientos (APA, 2014, p.160).

Los síntomas varían de un adulto a un adolescente, primeramente por su entorno y en segunda su forma de pensar, en donde el joven se ve amenazado por los cambios que trae esta etapa tan dolorosa para ellos, puesto que la palabra “Adolescencia” viene del verbo *adolescere* que significa crecer, adolecer o estar ardiendo, recalcando la transición de su yo infantil a definir su yo actual, en búsqueda de sí mismo y por ende una etapa de fragilidad emocional (Silvia, 2005 citado por Szerman 2017, p.774).

Existen diversos enfoques terapéuticos que ofrecen teorías, alternativas y distintos abordajes sobre la depresión. Dichos enfoques a continuación amplían el panorama de herramientas a disposición del especialista en salud mental en relación al cual puede adecuarse según sea la gravedad del caso en el paciente y situación específica.

Como primer ejemplo se encuentra el enfoque psicoanalítico, el cual ofrece una de las primeras hipótesis que buscaba explicar la depresión, y dicha teoría vino de la mano de Sigmund Freud. Freud aborda la depresión como melancolía, situando el origen y causa principal en la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2009, citado por Korman y Sarudiansky, 2011, p. 123).

En el enfoque psicoanalítico, los estados de ánimo depresivos al no ser tratados desde la raíz psíquica (es decir la pulsión sexual o energía que se encuentra reprimida) pueden ser causa de diferentes enfermedades, tanto del sistema nervioso como de otros órganos afectando severamente y de manera visible a quien lo padece (Freud, 1890, citado por Korman y Sarudiansky, 2011, p. 124).

Freud consideraba que tal alteración en el estado de ánimo, se debía a la acumulación de una pulsión de origen sexual a nivel de psique, como una forma de

oponerse a la tensión sexual física. Entre los postulados teóricos de psicoanalistas argentinos, los cuales también han contribuido a que sea posible entender la depresión, se ubican los conceptos e ideas propuestas por Hugo Bleichmar. Dicho autor explicaba que la manifestación de la depresión depende tanto de la idea narcisista, la imagen desvalorizada de sí mismo o de la agresividad crítica que manifieste el sujeto sobre su persona, ya que esta se elaboró a lo largo de su vida conforme el sujeto interpreta su realidad (Avila, 1990, p.51).

Pasando del psicoanálisis, se encuentran las Teorías Conductuales. Las técnicas terapéuticas conductuales para el tratamiento de la depresión, se caracterizan en emplear un método científico más controlado y específico, en lugar de una teoría o un conjunto de técnicas. En el enfoque conductual, los hallazgos empíricos de la psicología experimental son de vital importancia para el respaldo de los resultados, buscando enfocarse en los factores actuales de la conducta más que en la historia de vida o antecedentes de la persona (Antonuccio et al, 1989, citado por Vázquez et al, 2000, p. 423).

Para los defensores del enfoque conductual, la depresión es principalmente un fenómeno ligado íntimamente con interacciones negativas entre la persona y su entorno. Por ejemplo, si la persona sostiene relaciones sociales que le afectan, más que enriquecer o bien poco refuerzo a las conductas que puedan ser aprobatorias o deseables. Esta relación entre el sujeto y su entorno puede influenciar y ser influida por los pensamientos, las conductas y las emociones, siendo el sujeto la misma causa de refuerzo a lo negativo (Vázquez et al, 2000, p. 423).

Uno de los planteamientos acertados del enfoque conductual es que la influencia de los factores cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo y demás problemáticas, son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto

acerca de su sentimiento de disforia. Aquella dualidad entre tristeza profunda e irritabilidad.

Por otro lado, la postura de la corriente cognitiva versa que la percepción errónea de uno mismo, de los otros puede dar lugar a un trastorno depresivo. Diversas investigaciones afirman que las personas con depresión, tienden a evaluar negativamente los estímulos externos e internos. Afectando así, una gran serie de procesos mentales, tales como el autoconcepto (Vázquez et al, 2000, p. 426).

Aaron Beck (1979, citado por Vázquez et al, 2000, pp. 426-427) afirmaba que la depresión es en sí, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos que tiene que afrontar una persona en su vida, por ejemplo, la idea de que se encuentra sin nadie que lo apoye aun cuando familiares y/o amigos se preocupen por él. Esta teoría se basa en tres conceptos, propuestos por el propio Beck: el proceso de interpretación de lo que es recibido mediante los sentidos y la percepción, el contenido de los pensamientos y las ideas o creencias de la persona. Al hablar de un proceso de interpretación, se refiere a la cognición, es decir al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales.

El contenido hace referencia al significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que vienen a su mente. Para los terapeutas cognitivos, lo que la persona pueda llegar a interpretar o no, juega un papel importante en la conducta que mostrará en su entorno. Por último, los esquemas son las creencias centrales de la persona.

Aunque no se aclara el origen de los esquemas que influyen en la disfuncionalidad de una persona, se cree que estos esquemas pueden ser el resultado del aprendizaje adquirido durante la exposición de acontecimientos y situaciones pasadas, siendo una

pieza importante las experiencias en las etapas tempranas del desarrollo y la identificación con otras personas cuya imagen sea importante ante la persona.

Como siguiente enfoque a considerar, es la Gestalt, surge de las teorías visuales y auditivas, en una época en donde lo que provenía del interior no era totalmente válido. Básicamente aquellos principios psicológicos partían de estímulos externos, lo que hoy en día solo es la mitad de la causa del problema, ya que la parte interna es fundamental para la sanación del paciente, en cuanto a reestructurar cognitiva, modificación de conceptos (Martín, s/f, p.09).

Los especialistas de la Gestalt solían experimentar con estímulos externos, en especial visuales y auditivas, y no se preocupaban de lo que se producía en el interior del paciente. Dichas figuras fueron de especial interés para F. Perls. Uno de los aspectos a recalcar del enfoque gestáltico es el empleo de la frase “*el aquí y el ahora*” refiriéndose al darse cuenta tanto del entorno en el que se encuentra la persona, como de sí mismo (Vásquez, 2016, p. 44).

Pese a que el enfoque Gestalt toma elementos del psicoanálisis y el conductismo, adquiere su propia identidad al basarse en parte de la filosofía y psicología humanista, además de esto, se basan en las teorías de Kurt Lewin, quien en su Teoría de campo hace referencia a que los “hechos coexistentes tienen el carácter de un “campo dinámico”, el estado de cada una de las partes del campo depende de todas las otras” (Muelas, 2021, p. 1).

Desde un punto de vista médico-psiquiátrico, existe también la postura que implica la aplicación de psicofármacos como forma de apoyar a la persona a volver a un estado anímico deseado. En los últimos años se han generado importantes avances en el

desarrollo de los antidepresivos, lo que ha generado distintas opciones en su utilización (Jufe, 2001, citado por Korman y Sarudiansky, 2011, p. 127).

Se dispone en la actualidad de distintas clases de antidepresivos, aunque se considera que no existe un único esquema clasificatorio para este tipo de fármacos, aunque tienen la desventaja con los efectos secundarios que son significativos, a los cuales los pacientes temen que les pase, provocando la omisión de los fármacos o disminuir las cantidades recetadas por el especialista, bajando la calidad del tratamiento (Gitlin, 2009, citado por Korman y Sarudiansky, 2011, p. 127).

Todos los antidepresivos que se disponen actualmente alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del sistema nervioso central; sin embargo, los mecanismos de acción a través de los cuales los antidepresivos precipitan los cambios en el estado de ánimo siguen siendo un enigma.

De acuerdo con Lander “la mayoría de las veces, los medicamentos por sí solos, no es suficiente. La Psicoterapia, el apoyo familiar, la comprensión y el cuidado ambiental y escolar es también necesario”, en repetidas ocasiones los cuidadores consideran de mala manera que los medicamentos son la solución al problema, negándose a acudir a sesiones de terapia y el cambio de rutinas más saludables, además de brindar el apoyo emocional que requiere el afectado (Lander, 2011, p.39).

Siguiendo por esta línea de neurotransmisores, cabe recalcar que a causa del trastorno de depresión hay una disminución en la química del cerebro, exclusivamente hablando de 3 neurotransmisores, dopamina, serotonina y noradrenalina, por otro lado existe un gen que al verse alterado, la persona se encuentra más vulnerable a las adversidades, causando por ende mayor predisposición a la depresión, la razón se

encuentra en que este gen regula las sustancias que transportan esos 3 neurotransmisores indispensables, ocasionando que la proteína que moviliza la serotonina transporte más de estas moléculas (Molina y Arranz, 2010, pp. 46-47).

Se puede concluir que la depresión es una afección multifactorial, que requiere de tiempo y de apoyo de diversas áreas de la medicina y salud mental para llevar a cabo un tratamiento eficaz que le permita retomar el estado anímico deseado a la persona que la padece, englobando de manera holística las áreas vitales de la persona. Es por ello que en el siguiente subtema se hablará de la depresión dentro de la etapa de la adolescencia.

1.2 Depresión en adolescentes.

La adolescencia es considerada como una etapa de transición vital caracterizada por la presencia de una gran cantidad de cambios que afectan todos los aspectos fundamentales de una persona. Dicho periodo de transición de la infancia a la adultez transcurre entre los 11, 12 a los 18 o 20 años aproximadamente. Es bien sabido que los adolescentes cambian con el tiempo aquellas personas que conforman su círculo social para posteriormente conformar nuevos lazos de amistad (Moreno, 2007, p.13).

Hoy en día ha tenido un mayor grado de importancia la presencia y duración de las alteraciones anímicas que derivan en depresión durante la adolescencia, sobre todo por la falta de un diagnóstico temprano, y afectando así, la posibilidad de llevar un tratamiento completo para evitar que los síntomas se agraven.

Existen algunos mitos sobre la depresión y los adolescentes, uno de ellos es que para estos jóvenes es normal que siempre estén en desniveles emocionales, dando la

farsa de que siempre estarán con depresión o que nunca la tendrán, por ende, los familiares piensan que se les pasará, esto incrementa los riesgos de atender al sujeto en un estado de mayor peligro.

Un segundo mito es que los adolescentes exageran lo que sienten, con el fin de llamar la atención, esta afirmación minimiza la problemática y la gravedad de este trastorno que como bien sabemos puede provocar la muerte, los adolescentes al atravesar por una etapa tan inestable y de dolor buscan ser escuchados, por ende, recalcan o se exaltan con mayor facilidad. Otro mito es que los adolescentes que son solitarios son aquellos que peligran de padecer depresión, por el contrario de los que tienen varios amigos, supuestamente casi exentos de padecer este trastorno (Geraldí, 2011, pp.14-16)

Dejando de lado los mitos que pueden parecer exagerados, pero no lo son, las personas en su mayoría, la información que tienen respecto a los trastornos normalmente proviene de mala experiencia, rumores, mala información, y demás medios que, en vez de informar, distorsionan lo que es verídico.

El trastorno depresivo mayor ha tenido una presencia superior durante la adolescencia manifestándose en conjunto con otras alteraciones del estado de ánimo e inclusive otros trastornos. Muchos especialistas de la salud mental, concuerdan que los síntomas más comunes que se aprecian en un trastorno depresivo mayor en adolescentes son (García, 2019, p.94):

- Aumento o descenso de peso.
- Hipo o hipersomnias.

- Problemas de atención y dificultad de concentración.
- Anergia (pérdida o ausencia de energía) Agitación motora o enlentecimiento.
- Ausencia de motivación.
- Estado de ánimo deprimido.
- Baja autoestima.
- Evitación de actividades lúdicas.
- Interacción social y familiar disminuidas.
- Deseo continuar estando solo y no ser molestado.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Actividades autodestructivas.

Los síntomas varían a las de un adulto ya que la forma de pensar de los adolescentes aún es un tanto infantil, además de que siguen en formación de sus pilares, aquellos que sostienen a la persona en que se convertirán, gustos, opiniones, características que los distinguen, por lo tanto, la depresión en ellos afecta en su vida social y en la forma de percibirse.

En los años del 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), abarcando el rango entre 18 y 65 años de edad, se entrevistó a una población dentro de sus hogares, con una evaluación computarizada con criterios diagnósticos de la OMS y el DSM-IV en aquel entonces, dando como uno de los resultados que el 27.5% de la población tuvo un episodio depresivo mayor antes de los 18 años de edad (González et al, 2015, s/p).

Existe una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo de la depresión de no tratarse de manera temprana o adecuada. Estos problemas, dados como consecuencia de los síntomas del trastorno pueden manifestarse como dificultades en la convivencia y socialización, disminución del desempeño escolar y un incremento en el riesgo de autolesionarse o suicidarse. Las depresiones en adolescentes parecen ser similares a las de los adultos en cuanto a expresión sintomática, sin embargo, existe un factor diferencial más que relevante; las sobrepasan en cuanto a destructividad (Rivero, citado por García, 2019, p. 89).

En relación al sexo, el trastorno depresivo mayor único o recidivante, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones, tanto en adolescentes como en adultos, sin existir relación aparente con raza, nivel de estudios o estado civil, no obstante, cabe mencionar que la diferencia entre hombres y mujeres se basa en la comunicación, en donde los jóvenes guardan más sus sentimientos y problemas ocasionando mayor problemática en su detección temprana (Vallejo y Homon, citado por García, 2019, p. 89).

Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en varones que en mujeres. Se estima que a los adolescentes con depresión no se les diagnostica de manera temprana, y sólo una minoría recibe tratamiento específico y efectivo para el trastorno, todo esto a causa de las opiniones de las demás personas, o en aquellos individuos que tienen muy marcado el aspecto de lo que los hombres y mujeres pueden o no hacer.

Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores que regulan o estabilizan la transmisión bioquímica de serotonina, son los antidepresivos más frecuentes y adecuados para esta población de jóvenes. En muchas ocasiones, los malestares físicos se controlan al eliminar la sintomatología depresiva. Algunas personas tienen aversión a

los antidepresivos, ya sea por rumores, búsquedas en Internet alarmantes o por experiencias negativas por los efectos secundarios (Gerali, 2011, p.17).

Es bien sabido que existen una gran variedad de consecuencias negativas a largo plazo asociadas con el trastorno, por ejemplo, dificultades en la convivencia y la socialización, pobre desempeño vocacional e incremento en el riesgo para autolesiones y suicidio. Por lo tanto, la intervención temprana es la estrategia más efectiva para la prevención de las consecuencias asociadas con la enfermedad (s/a, 2017, p. 55).

El sexo femenino se ve más afectado por la depresión debido a causas biológicas “por ejemplo: síndrome premenstrual, cambios hormonales, estrés, problemas de funcionamiento de la tiroides, entre otros”, agregando que a lo largo de su vida y sumado a experiencias, se hace hincapié a resaltar la importancia de los vínculos afectivos, ocasionando temor por la pérdida y el abandono por otro lado la conducta materna se enseña, se repasa y ensaya en el juego, cuidando y procurando a otros, así mismo provocando la pasividad, reprimiendo el poder y siendo servicial en todo momento (Quintero, García, Jiménez & Ortiz, 2004, p. 23, citado por Tamayo, et al, 2020, p.58).

El rol de género influye sobre este trastorno y su expresión, ya que el rol implica la conducta, actitudes, emociones, conocimientos y valores, lo que el mundo está acostumbrado a ver, la mujer en casa, sensibles, encargada de niños, comida y tareas del hogar, color rosa, etc., en cuanto a los hombres, mostrando enojo, pero no tristeza, encargado del trabajo pesado, color azul, poder en la relación sentimental, etc. Esto provoca que los varones guarden para sí sus sentimientos, con la prohibición de llorar y mostrarse débil, es por ello que la depresión en ellos es más peligrosa y detectada mucho después, aunque actualmente se está normalizando la expresión de sentimientos aún no es normal para muchas personas que se aferran a sus creencias (González et al, 2015, s/p).

Nardi (2004) manifiesta que los adolescentes tienen una manera diferente para expresar esta molestia, este trastorno, van desde el comportamiento expresado con llanto, enojo y desesperación, actitudes inhibidas como mutismo y/o cierre relacional, trastornos psicosomáticos o conductas de riesgo que en su mayoría son las más llamativas, que están más al alcance del adolescente y común denominador (consumo de sustancias ilícitas, ponerse en peligro, actividades de riesgo) (Citado por Regueiro, 2015, p.16).

Los niños y los jóvenes diagnosticados clínicamente con un trastorno depresivo mayor tienen frente a ellos un obstáculo muy grande que les impide salir y disfrutar de la compañía de sus seres queridos, las experiencias lúdicas y la apertura a nuevas vivencias que pueden ayudar en su formación a personas adultas. Si no se trata de forma adecuada y temprana, la depresión puede ocasionar la deserción escolar, desórdenes conductuales y delincuencia, desórdenes alimenticios como anorexia y bulimia, fobia a la escuela, ataques de pánico, abuso de drogas y sustancias químicas, e incluso el suicidio (Cash, 2004, citado por Regueiro, 2015, p.17).

La depresión puede manifestarse por medio de sentimientos negativos, un ejemplo de esto es no sentirse merecedores de amor, dando por el lado pesimista e irracional, posicionándose metafóricamente en el fondo de un pozo del cual no pueden salir y cada vez se hunden más, por lo general se aíslan o logran salir con mucha dificultad, ya sea con gran esfuerzo o por ayuda de alguien, el nivel de consciencia es algo bajo, dando como lugar que todos sus pensamientos son verídicos, e incluso no pasa por su mente la idea de ver una perspectiva diferente o desde otro punto de vista (Nardi 2004, citado por Regueiro, 2015, p.17).

Diversos investigadores consideraban que la presencia de acontecimientos traumáticos en la vida de la persona, estaba correlacionada con muchos de los casos de depresión, llegando a ser un factor predictivo para anticipar la aparición de la enfermedad. Mientras que sucesos de menor gravedad, no se relacionaban con la depresión y por ende no podrían influir como agentes que favorezcan la presencia de un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha encontrado una correlación entre el número y la gravedad de los sucesos estresores.

Por otro lado, un segundo estudio realizado demostró que aquellos adolescentes que habían experimentado un mayor número de experiencias negativas y estresantes, sobre todo dentro del contexto familiar, presentaban un trastorno depresivo de larga duración. Es importante estudiar los sucesos estresantes y la depresión dentro de esta etapa del desarrollo humano, considerando que la atención oportuna puede ser de gran ayuda para interrumpir el paso de esta u otras enfermedades en una etapa adulta (Veytia, et al, 2012, p. 38).

Heredia, Maqueo & Suárez (2011, p. 54) afirman que los jóvenes que padecen depresión, tienen un incremento en el número de problemas de comunicación con sus familias, los cuales incluyen disputas, conflictos y malentendidos, así como situaciones que merman la dinámica familiar, siendo estos perjudiciales para su convivencia (citado por Tamayo, et al, 2020, p.56)

Varios especialistas de la materia, están de acuerdo en que puede llegar a ser difícil el llegar a un diagnóstico preciso para el trastorno depresivo en los adolescentes, porque mucho de los síntomas pueden explicarse por los diversos cambios hormonales y fisiológicos por los que atraviesa (Regueiro, 2015, p. 18).

Para tratar de forma más completa el trastorno depresivo mayor es necesario considerar el enfoque de la terapia cognitiva conductual abarcando las áreas interpersonal y familiar, éstas generalmente conducidas por un profesional calificado.

En general todas las formas de psicoterapia consideran al sujeto como un todo, aunque viéndolo desde la perspectiva de las fuerzas motivacionales de la personalidad, se debe optar por el enfoque más apropiado y que tenga como meta el llevar al adolescente al movimiento de su vida rutinaria nuevamente.

El apego al tratamiento, el apoyo por parte de la familia, la detección temprana del trastorno y las posibles causas del padecimiento, son variables importantes que o bien dificultan o facilitan dependiendo el caso, el trabajo del profesional de la salud mental, es por ello que brindar información al respecto es de gran importancia para el control del mismo, beneficia tanto a los afectados como a conocidos, amigos y familiares que pueden intervenir en su detección temprana.

1.3 Factores de riesgo y prevención del riesgo suicida por depresión.

La muerte es este proceso en donde todos los seres vivos tienen un final, el fin de su ciclo, pero que por algún motivo u otro puede ser a una corta edad, entonces el ciclo de crecer y madurar, procrear, es súbitamente omitido para llegar a la fase de la muerte, siendo desafortunadamente en muchos de los casos, por voluntad propia.

Dentro de la conducta del paciente que padece un trastorno depresivo mayor, hay un lapso de tiempo en el que el individuo puede tomar la fatídica decisión de finalizar con su vida, pasando por diversos intentos hasta entonces consumar su intención. Se debe

prestar mucha atención ante estas señales de alarma, pero, sobre todo, a aquellos factores que propician una conducta o intento suicida por depresión. Para explicar este punto, es necesario definir que estos factores representan un riesgo potencial para el paciente depresivo.

Los factores de riesgo se definen como “aquellos atributos o variables que incrementan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen alguna problemática”. Hutson y Bentley reportan que existe una relación importante entre el contexto en el que vive la persona y su salud mental. Abarcando dentro de este entorno el vecindario, la posición económica, espacios, servicios públicos (Hutson y Bentley, 2010, citado por González et al, 2017. p. 02).

Los factores de riesgo pueden estimarse mediante la evaluación emitida por un profesional de la salud mental, el cual evaluará aquellos factores que concurren de forma particular en cada persona. De hecho, estos factores pueden ser clasificados como factores modificables e inmodificables. El primer grupo de factores, los modificables, hacen relación a los factores sociales, psicológicos y psicopatológicos, es decir, aquellos que pueden ser tratados clínicamente, En resumen, se trata de aquellos factores relacionados con trastornos mentales, discapacidad física, salud, abuso de sustancias y otras dimensiones psicológicas.

Por otro lado, el segundo grupo de factores son aquellos que están relacionados con el sujeto en sí, su círculo social, caracterizándose y su cambio es ajeno al clínico, por ejemplo, la parte hereditaria, el sexo, la edad, estado civil, creencias religiosas, apoyo social previo y la situación laboral o económica (Álvarez, et/al, 2011, p. 37).

Además de esto, existe una clasificación de factores de riesgo asociados a campos biológicos, psicológicos, sociales, familiares o ambientales. También se consideran factores de riesgo el historial previo de abuso físico o sexual que la persona haya sufrido en algún momento de su vida, específicamente, la infancia.

Según estudios, las preocupaciones relacionadas con la autopercepción y la perspectiva social sobre el adolescente, ejerce ciertas inquietudes sobre la autoestima e imagen que el adolescente pueda tener de sí. Los pensamientos dicotómicos por ideas perfeccionistas, una autocrítica fuerte respecto a los errores y acciones, son desencadenantes para el desarrollo de un trastorno depresivo y posteriormente a conductas suicidas (Álvarez, et/al, 2011, p. 41).

Las conductas suicidas también son patrones a considerar para el análisis y la prevención de la depresión. El riesgo de suicidio es el resultado de diferentes circunstancias y elementos de la vida diaria de la persona que han evolucionado hasta el punto de encontrar la vida como algo desagradable y dolorosa. Gracias a un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística, nos menciona que el suicidio alcanzó el 13.6% de las defunciones en los jóvenes de 15 a 24 años. (2012, citado por Echeverría, 2015, p. 04)

En el caso de los adolescentes los cuales comprenden la edad de 10 y 19 años es la tercera causa de muerte, además de que “más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.” (OMS, 2019, p.1), viendo este punto tan alarmante es necesario la atención de este tema tan delicado, dado que muchas personas hacen caso omiso a las posibles señales que hagan los afectados.

Tomando en cuenta que “cada 40 segundos se suicida una persona”, es una llamada de atención tanto para los allegados de los afectados como para los servicios de salud encargados de prevenir dicha calamidad, en ambas partes recae la responsabilidad y el poder de aminorar esta situación (OMS, 2019, p.1).

Debido a esta gran suma de suicidios, se tiene en cuenta el grado en que afecta específicamente a grupos de personas del mismo sexo, ya que ciertamente varía el cómo expresan los síntomas y como manejan la situación.

De acuerdo con las estadísticas, los varones utilizan menos los servicios de salud, como el de tomar terapia psicológica (OMS, 2019), ya sea por la cultura, sus ideas o costumbres, empezando porque en México no es común ver hombres vulnerables, el estereotipo es tan marcado que incrementa resistencia en ellos a la hora de mostrar sus verdaderos sentimientos, ya que “deben” ser valientes, fuertes y rudos (Rodríguez, 2014. p.1).

Pero no acaban aquí, otra idea errónea es que las mujeres deben ser sensibles y no agresivas, pero la investigación de Serrano nos demuestra que ellas “responden de manera agresiva y no agresiva frente a problemas en el ámbito familiar y con su mejor amiga, y de modo agresivo al enfrentarse a estresores derivados de su relación de pareja”, es una dualidad que puede o no presentarse, la falta de tolerancia y apertura a los roles de género afectará el modo en que la adolescente pueda ser asertiva en las diferentes situaciones de la vida (Serrano, 2003, citado por Serrano y Flores, 2005, p. 223).

El hecho de cometer el acto de suicidarse es lo peor que puede pasar, pero puede ser previsto mediante la atención de las ideaciones suicidas de los adolescentes, así como las verbalizaciones de su malestar.

El antecedente del suicidio es la idea de hacerlo, acompañados de pensamientos de falta de valor hacia uno mismo y posterior a ello son los intentos en los cuales el adolescente puede o no buscar la muerte en ese momento (Pérez, et al, 2007, p.1), el problema está en aquellos que lo desean y cabe recordar que los profesionales de la salud, solo pueden trabajar con los actos fallidos, ya que la ideación está en el proceso.

La causa de este mal es una variedad, pero algunos de los más puntualizados “se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, tales como los problemas financieros, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas.” Lamentablemente estas situaciones son muy difíciles de prevenir o evitar ya que día con día hay personas que lo sufren, en todo el mundo (OMS, 2019, p.1).

El contexto puede contribuir a que el adolescente se incline por el suicidio, visto que lo que determina este acto “está asociado con eventos adversos que vivieron las personas en los tres meses anteriores, y particularmente en la semana anterior a la comisión del acto suicida” sucesos como problemas familiares, cambios abruptos en su vida, y demás situaciones adversas (Cooper, Appleby y Amos, 2002, citado por Serrano y Flores, 2005, p.222).

Existen grados de planeación suicida, el primero es sin indicios de planeación, como el suicidio maligno, siguiendo con aquel que posee un método inespecífico, con selección de un método específico, el lugar donde piensa hacerlo, cuando lo hará y

detalles como dejar algún objeto o nada para que nadie se entere de lo que se hizo (Pérez y Mosquera, 2006, citado por Córdova y Rosales, 2016, p.234).

Las ideaciones preceden a la acción, aunque sabemos que el suicidio lleva a todos a la muerte, el procedimiento puede variar entre un sujeto y otro.

Existen dos tipos de suicidio, benigno y maligno, este primero consiste en “una petición de auxilio, que debe ser escuchada y atendida de manera adecuada”, es decir el adolescente hace saber de un modo u otro sus intenciones a sus allegados para que a cambio reciba ayuda, sin pedirlo directamente, por otro lado se encuentra el maligno que por el contrario “No hay, por tanto, una llamada al otro, no hay una petición de ayuda”, es un silencio, no hay pistas ni indicios de sus acciones posteriores, este es el más peligroso, es importante mencionarlos ya que podemos ver la importancia de identificar las ideaciones a tiempo (Tubert, 1982, citado por Moya, 2008, pp. 31-32).

Delimitar patrones de riesgo, una vez que son bien diferenciados para cada trastorno o en este caso el riesgo suicida, es una meta importante para la investigación epidemiológica, aunque algo difícil de lograr, ya que es diferente en cada caso, hay que tomar en cuenta el entorno del paciente, así como saber parte de su razonamiento ante las situaciones adversas o en las cuales se sienta en peligro (Costello y Anderson, 1994, citado por Bragado y Bersabé, 1999, p.941).

Es necesario mantener la atención en el suicidio accidental, en donde no se tiene conocimiento de los verdaderos efectos de lo que se hizo o en otro caso hacer algo ya conocido pero que no se esperaba ese resultado tan catastrófico, como una persona que ingiere algún medicamento sin saber que este le hará un gran daño, cabe resaltar que

igualmente los conocimientos influyen en el impacto de una catástrofe que se busca no sea letal (Pérez, 2006, s/p).

Existen otros tipos de suicidio como el egoísta, el altruista y anómico, clasificadas por el sociólogo Durkheim, el primero hace referencia a cuando no hay una buena integración a un grupo social, es decir por falta de adaptabilidad en la sociedad, un ejemplo de ello sería un adolescente que supuestamente no encaja en el grupo de su escuela, volviéndose un sujeto aislado y con sentimientos de rechazo, provocando en el un decremento de su autoestima.

El suicidio altruista es todo lo contrario al egoísta, es una excesiva integración al grupo, por falta de identidad individual a consecuencia de esta integración poco sana, donde el sujeto abarca un sentido de pertenencia impregnado, abarcando el propio sacrificio por el bien de alguien más, además de ser consciente de su causa y consecuencia.

El suicidio anómico ve una alteración en la integración de la persona en la sociedad ya que “se produce en sociedades que se encuentran sacudidas y alteradas, generalmente por motivos dolorosos” (Durkheim 1897, citado por Cárdenas 2019, s/p).

Hay muchos tipos de suicidio, varían entre clasificaciones, como el suicidio en masa, el acto heroico (donde mueren por sus ideales), por incapacidad mental crónica, y demás que aún se investigan, cabe resaltar que hay un gran número de factores que influyen a que la persona tome esa fatídica decisión de quitarse la vida, y es necesario analizar de qué manera intervenir en ello para evitarlo (Lander, 2011, pp.71-74).

Aun considerando la posible clasificación de los suicidios, hay distintas razones por la cual el sujeto puede llegar a tomar la decisión de quitarse la vida, por ejemplo a lo que se conoce como el buen morir, en el mundo abundan enfermedades crónicas incurables, las cuales hacen de la calidad de vida una pesadilla, tanto que las personas buscan una salida del sufrimiento, del dolor físico y de estar incapacitado, no aplica para todos los sujetos, ya que algunos prefieren seguir viviendo así, mientras que otros no (Lander, 2011, p.71)

El gobierno de México, debido por la contingencia de COVID-19 ha brindado un número telefónico para todas aquellas personas que se encuentren con depresión, con el fin de evitar los suicidios, proporcionando apoyo emocional y el recibir un tratamiento adecuado, se busca la prevención temprana de este trastorno y todo lo que conlleva, detrás de este número y página web se encuentran profesionales de la salud mental calificados para la intervención por estos medios, todo fue informado por medio de un comunicado en su página web oficial (Secretaría de Salud, 2021, p.1).

El Fortalecimiento de los apoyos económicos es una de las medidas que ayuda a que el porcentaje de suicidios baje, con esto se busca que el sujeto se encuentre en una estabilidad financiera, reduciendo el estrés ante la pérdida del trabajo. Al no tener que preocuparse por estos factores se reduce considerablemente los impactos emocionales que puede haber ante problemas financieros.

El “fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación”, con esto Stone y los demás autores quieren indicar que hay problemas de salud mentales que si bien no se relacionan directamente con los suicidios, estos pueden llevar a ese acto, como por ejemplo la depresión, si los ciudadanos tuvieran al alcance un buen servicio de atención e intervención multidisciplinario, los beneficios de estos serían la prevención y el buen manejo del paciente, para así actuar a tiempo.

La reducción de acceso a medios letales que los sujetos puedan utilizar, como saltar desde un puente (en algunos casos se han puesto rejas para que la gente no pueda saltar), consumir una gran cantidad de pastillas (con lo cual las farmacias solicitan las recetas médicas, lamentablemente aún hay varios medicamentos que se venden sin restricción), la venta de armas (en México son ilegales a menos que se saque un permiso para poseer una) y demás situaciones que pueden poner en peligro la integridad de la persona.

La enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas para los adolescentes que aún no saben cómo actuar ante una situación estresante o problemática, al tener herramientas para ello su forma de actuar y de pensar se verá modificada de buena forma.

La identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo, como poblaciones susceptibles a sufrir un cambio, como decremento económico, por problemas de salud mental, militares retirados o que aún están en servicio, adolescente que sufren acoso escolar, víctimas de violencia, personas sin hogar, personas que pertenecen a la comunidad LGBTTTIQ (en donde hay casos donde los adolescentes no son aceptados por sus preferencias sexuales), al identificarlos es mayor la probabilidad de actuar focalizada mente y prevenir los suicidios (Stone, et al, 2017, pp. 15-39).

El riesgo de suicidio es latente, día con día hay personas que piensan en ello ya sea por la razón que fuere, los métodos de prevención existentes han sido de ayuda, pero tal vez no lo suficiente, es difícil hablar de este tema para las personas que tienen allegados con depresión, sufren de un miedo constante de que pueda pasar una tragedia, es por ello que informarse sobre esta situación y el cómo poder ayudar es de gran importancia.

CAPÍTULO II

LA FAMILIA

2.1 Familia

Las familias están presentes en la vida de todas las personas, no siempre son lo que se desea, pueden ser numerosas o en su contra parte muy pequeñas, las familias son variadas, así como las personas que las integran, su convivencia igualmente es distinta de las demás ya que hay muchos factores que influyen en ello, pero con certeza ¿qué es la familia?

De acuerdo con Martínez la familia es una “comunidad natural y universal con base afectiva, que influye en la formación del individuo y tiene interés social”, respecto a que menciona que es universal hace referencia a que a lo largo de los años las personas se han constituido por familias, o alguna forma de ello, con el tiempo han ido variando los elementos que lo constituyen y se han clasificado con más certeza los diferentes grupos familiares y su forma de interacción entre ellos (Martínez, 2021, p.1).

Dentro de la familia existen diferentes dinámicas, en donde los padres y demás miembros se ven influenciados, por ejemplo el modelo sobreprotector donde los padres supuestamente facilitan la vida de sus hijos, ayudándolos en todas o casi todas las tareas y actividades, con el fin de evitarles alguna incomodidad o sufrimiento, en consecuencia el individuo se ve afectado a nivel de autoestima, creyendo que no está capacitado para hacer ciertas tareas con éxito, siendo esto una carga que llevará el resto de su vida.

El siguiente modelo se llama democrático-permisivo, este modelo es considerado como el más adecuado, ya que tanto padres e hijos toman en cuenta las opiniones de

todos para las decisiones, el diálogo siempre está presente, se tratan como iguales, llegando al punto de parecer una fraternidad, pero esta convivencia también tiene sus contras, como el hecho de que aparentan ser inexistentes las figuras de autoridad, provocando que los sujetos puedan tomar el control o el liderazgo dentro de la familia, dejando de lado a sus progenitores e incluso llegando a mandar sobre ellos.

El modelo sacrificante como su nombre lo dice, las distracciones y los placeres se ven opacados por el deber y las responsabilidades del sujeto, además de que se ponen los deseos de los demás primero, puede ser visto en padres o hijos pero es más común que se manifieste en los progenitores, ya que procuran dar todo por los hijos y en un futuro lejano cobrar el supuesto favor a cambio, en otras palabras el sacrificio actual es un préstamo de servicio en donde los hijos son felices en ese momento pero en la vejez de los padres o en alguna crisis económica, los progenitores buscarán cobrar en la misma intensidad lo que ofrecieron en su tiempo, algunos estarán de acuerdo en que no aparenta una crianza desinteresada.

El modelo intermitente varía entre los demás, no hay una constante en los padres, ya que mezclan la permisividad, el sacrificio y la democracia, esto acaba por confundir a los hijos que al igual que los padres ellos actúan de distintas formas, ya sea con obediencia o rebeldía, desde otro punto de vista este panorama se vuelve caótico y disfuncional para todos los miembros de la familia, esto demuestra que es necesario definir la dinámica familiar ya que una buena base mantiene sólida la pirámide, en este caso la dinámica familiar (Nardone, 1958, citado por Martínez, 2021, p.1).

Posiblemente el hecho de que en el modelo intermitente la familia opte por ser tan variante se deba al hecho de que no ven resultados inmediatos con su forma de dirigir las situaciones, provocando que busquen aplicar otra supuesta solución que tampoco

resulte, e incluso puede haber una variación debido a las diferentes situaciones que se plantean y dar respuestas diferentes a las diversas problemáticas.

Es muy común en México encontrar familias numerosas, donde en un mismo hogar habitan padres, abuelos y nietos, desde un punto de vista puede parecer una familia muy unida pero desde el modelo delegante, esto se convierte en una interferencia en la crianza de los niños, los padres tal vez por ser aún inexpertos en ciertas situaciones buscan el apoyo de los abuelos, pero esto ocasiona la división de opiniones respecto a las reglas, obligaciones y responsabilidades en la casa, incluso logrando quitar cierta autoridad a los padres.

Por último se encuentra el modelo autoritario, en el cual los hijos no tienen voz ni voto en las decisiones de la familia, se rigen por lo impuesto de los padres, quienes toman todas las decisiones y solo queda acatar las órdenes cual soldado, en el caso de solo haber un progenitor con el rol autoritario, los hijos buscarán una alianza con el otro padre para así usarlo de intermediario, con el tiempo esto solo provoca la huida de los hijos o el rebelarse de sus ataduras, en este caso el padre o madre (Nardone, 1958, citado por Martínez, 2021, p.1).

Lo que antes se consideraba como familia solo aquellos miembros de sangre, o que comparten el mismo ADN, ahora en la actualidad los miembros de la familia son variados, pueden o no tener los mismos padres, puede ser una familia sin hijos, personas del mismo sexo, una sola persona, y demás tipos.

En México existen 11 tipos de familias, las cuales se pueden clasificar a su vez en tres, las tradicionales, en donde se encuentran aquellas familias donde viven padres e hijos o las más conocidas familias donde viven , padres, hijos y abuelos, la segunda

clasificación son las familias en transición, algunos ejemplos son: padres con hijos que ya se fueron, parejas sin hijos, madres o padres solteros y demás, por último las familias emergentes con padres solteros, padre, madrastra e hijo o viceversa, e incluso parejas del mismo sexo.

El primer tipo de familia de las 11 existentes y más fácil de encontrar es aquella que se compone de los padres e hijos menores de 12 años de edad, en estas familias los progenitores, buscan brindar lo mejor para sus hijos, tanto en lo académico y nutricional, al igual que aportar vestimenta adecuada y de vez en cuando consentir con juguetes o dulces.

Este grupo de familia se constituye por padre, madre y jóvenes, los niños han crecido, dando lugar a los jóvenes de edades que rondan los 15 a los 24 años de edad, representan el 15 por ciento en México, como es sabido en este país es común ver en un hogar a varias personas con diferentes rangos de edad que tal vez en otros países se piense ya deberían vivir por separado.

Las familias extensas, se encuentran conformadas por abuelos, padres e hijos o en otro caso padres, hijos y nietos, la dinámica que puede encontrarse puede ser caótica en el caso de no coincidir opiniones y reglas, este tipo de familias igualmente es muy tradicional en los hogares de México ya que una de cada 10 pertenece a esta clasificación (López, s/f, pp.26-28).

De igual manera las familias extensas tienen problemáticas mayores, por las diferentes costumbres, valores y principios de los miembros, e incluso el afecto que hay entre los integrantes puede ser un determinante para generar celos por la llegada de un nuevo integrante y la búsqueda a la par de defender la cercanía (García, 2019, p.1)

Las madres solteras también pertenecen a la lista, estas mujeres son amas de casa, la única figura de autoridad en el hogar, además de proveer la solvencia económica con trabajos que usualmente son mal pagados, buscan el mayor bienestar para sus hijos, su situación de madres solteras puede deberse a que fue por elección debido a un padre irresponsable, otra situación posible es donde el padre haya muerto, en cualquiera de los casos sigue siendo un reto bastante complicado para ellas.

Las familias de pareja joven sin hijos actualmente son la familia que más se busca, estas parejas quieren disfrutar de su vida como enamorados, viajes, lujos, quizá incluso un doble trabajo (ambos laboran y son conocidos como Dinky o double income), se puede decir que la vida sin hijos puede ser más despreocupada, con menos responsabilidades, pero más libre y placentera.

Al contrario de las parejas jóvenes sin hijos, se encuentran las parejas mayores sin hijos, ya sea porque abandonaron el nido, es decir que tienen una vida independiente con su nueva familia (esposa e hijos), o porque nunca tuvieron hijos y llegaron a esta edad de 55 en adelante. Al llegar a esta etapa de su vida se preocupan por su bienestar físico, ya que con los años la salud va decayendo, la flexibilidad está muy limitada, y en cuanto a sus preocupaciones económicas, depende del sustento que sea por pensión o ayuda financiera de sus hijos si es que tuvieron.

La prueba de que no es necesario que una familia este conformada por varios miembros, es la familia unipersonal, como su nombre lo indica, es una persona viviendo en soledad, que ve por sí misma, el mayor problema de esto, es que deben hacer actividades que los hagan sentir acompañados, a consideración esta familia tiene muchos retos de socialización, de afecto y posiblemente influya en su calidad de salud mental (López, s/f, pp. 28-30).

Gran parte de las personas que conforman una familia unipersonal son solteras, viudas o incluso separadas y su círculo social puede estar conformado por amigos, familiares, vecinos y compañeros de trabajo. Algunas de las razones por las cuales se dan este tipo de familias son las rupturas conyugales, las transiciones del propio ciclo vital en los hogares, la supervivencia e independencia del individuo, necesidad, causas externas u otro acontecimiento. A su vez cabe recalcar que una de las finalidades que le da sentido a este tipo de estructura familiar son las estrategias para atender aquellas necesidades que le permitan a la persona el sobrevivir, ya sea estableciendo normas para su convivencia y sus vínculos sociales. (Uribe, 2010, pp. 8-9)

La familia conformada por co-residentes consiste en dos o más personas viviendo en un mismo hogar, pero sin ser pareja o algo parecido, “La principal preocupación de esta familia es contar con un entorno práctico, económico y divertido que facilite el tránsito hacia otra etapa de vida familiar o profesional”, posiblemente esta familia sea temporal o no, dependiendo de los planes a futuro de cada uno de los integrantes.

Hay situaciones en la vida de las personas que los lleva a ser padres solteros, pero por azares de la vida vuelven a encontrar la figura paterna o materna para sus hijos, como es el caso de las familias reconstruidas, en donde los hijos de la pareja ahora son parte de una vida en común, ya sea que los dos padres tengan hijos por separado o solo uno de ellos para que posteriormente se forme esta unión donde se vuelven una sola familia (López, s/f, pp.30-31).

Al formarse una nueva familia a partir de los pedazos de otra, es común que los hijos sientan ciertos rechazos por el nuevo padrastro o madrastra, igualmente está en juego la fidelidad hacia su progenitor ausente, puede encontrarse periodos de tensión

que en su mayoría con el tiempo se irán desvaneciendo, siendo estos de los principales problemas dentro de la formación de la familia reconstruida (Navarro, 2017, p.1)

En la actualidad una familia compuesta por pajaras del mismo sexo ya no es una novedad, cada día que pasa es más aceptado lo que antes se consideraba un tabú, este tipo de familias buscan las tendencias, estar actualizados y a la moda, algunas parejas buscan hijos y otras vivir como familia de dos, no tienen miedo de experimentar cosas nuevas que les permitan “reafirmar su opción de vida” (López, s/f, p. 31).

Como es bien conocido la adopción es una oportunidad de acoger a un niño para darle la oportunidad de vivir en una familia que lo ame, lamentablemente hay personas que están en contra de que familias homoparentales adopten, supone un gran problema para ellos y sus metas de vida, sin embargo, actualmente se busca la igualdad ante este tipo de situaciones y su normalización, sin duda cada familia tiene sus negativas (Placeres, et al, 2017, p. 1)

Al contrario de las madres solteras, se encuentran los padres solteros o con hijos, igualmente supone un reto sumamente grande, estos padres buscan complacer a sus hijos, se encuentran en esa posición debido a que la madre los abandonó, falleció o el padre peleó la custodia de los hijos, al ser el proveedor y cuidador supone un problema de tiempos, pero con el pasar de los días aprenden cómo solucionar este obstáculo (López, s/f, p. 31).

Los diferentes tipos de familias demuestran las diferentes problemáticas y virtudes de la vida, el cómo las personas son adaptables a las situaciones y que la resolución de problemas es un ejercicio constante, las familias son tan variadas y aunque se puedan

clasificar en once, en un futuro tal vez próximo se puedan ampliar las estadísticas y divisiones.

2.2 Paternidad

La paternidad puede ser complicada, en especial para aquellas personas primerizas, no es nada fácil ser el mejor modelo a seguir, aún más sabiendo que dependiendo de cómo sea el estilo de crianza y la dinámica familiar en un futuro repercutirá, el ser padre implica esfuerzo y compromiso, un ejemplo de esto es que durante el embarazo se empieza a poner en práctica la paternidad.

Aunque los padres no intervienen directamente en el hijo, las decisiones que tomen repercutirán, como es el caso de planeación, si están de acuerdo en tener un sucesor, la atención y los cuidados será diferente, un seguimiento de embarazo, el amor expresado por el bebé, todas las medidas de salud a su alcance con tal de que nazca sano, en cambio si tal vez no era algo que querían o al menos en ese momento, las atenciones se posterga, la actitud es de rechazo y las facilidades que pudieron ser previstas se verán más complicadas de obtener (Carter, 2002, citado por Nieri, 2016, p.90)

El deseo de tener un hijo afecta en gran medida el cómo se desarrollarán los siguientes acontecimientos, ya sea que por un lado la familia se encuentre feliz, emocionada y orgullosa de su primogénito o que por el contrario sea algo indeseable, en el caso del padre puede sentirse excluido o apartado de la familia, ya que como se sabe los primeros meses de vida los niños buscan a la figura materna, debido a que provee de alimento y seguridad, es por ello que el padre siente de nuevo ese despojo que vivió en

su infancia al ser apartado por su padre o hermano de su madre (Brazelton, 1993, citado por Nieri, 2016, pp.91-92)

La madre también juega un papel muy importante para que la situación se desarrolle con calma, debe incluir al padre y ayudarlo a ser el protagonista en su vida de pareja, con el fin de evitar el rechazo y los celos del mismo, aunque claro no siempre es así, dependiendo de la persona y la madurez que tenga no habrá de temer que pase esa situación (Loyacono, 2003, citado por Nieri, 2016, p.92).

A decir verdad, los niños buscan ese protagonismo casi de manera desesperada, ya que la madre es su todo, casi como una parte de ellos, poco después se van separando de ella entendiendo que no les pertenece, que no solamente es aquella que brinda comida, pero adentrarse más en ese tema conlleva hablar del egocentrismo.

A lo largo del segundo trimestre de gestación, se lleva un seguimiento del bebé como la ecografía que facilita la unión entre padres, brinda una imagen no tan nítida, pero se perciben manos, pies, sexo y los latidos del bebé, es de ayuda para que ambos padres se encuentren con una mínima de diferencia para lograr una mejor unión con su próximo hijo, se convierte en algo más real un ser que formará parte de sus vidas (Nieri, 2016, p.95)

Ante el embarazo el padre puede actuar de diferentes maneras, May nos menciona que existen 3, las cuales son (May, 1988, en Nieri, 2016, pp.98-99):

- Observador: tal como lo indica su nombre el padre permanece como observador, sin involucrarse, ni acciones que demuestren interés, prefieren no actuar y pueden afirmar que “el embarazo no es una parte importante de su vida”, aunque todos estos actos no quieren decir que no le importe o que no esté feliz por el bebé.

- Reactivo y participante o expresivo: al contrario que el observador, este tipo de padres buscan involucrarse en todo, dar el seguimiento durante el embarazo, brindando ayuda, e incluso por tal unión con el bebé y la madre, él puede terminar por presentar los síntomas físicos de ella.
- Instrumental: este tipo de padres “son más protectores y comprensivos, y que se ve a sí mismo como la persona que ayuda a que todo salga bien”, actúan de manera organizada haciendo citas para consultas prenatales, es amoroso e igual que el padre participante se mantiene activo durante y después del parto.

En cuanto a la madre el embarazo puede significar algo positivo, o en cuanto a lo negativo, las excesivas preocupaciones están al alcance de la esquina, pensamientos de que puede o no ser una buena madre, malformaciones, nacimientos prematuros, complicaciones en el embarazo, gastos, la seguridad del bebe en el hogar, sus cuidados, ir al mejor hospital, y demás situaciones preocupantes, todos estos miedos pueden surgir por experiencias de personas cercanas, rumores y búsquedas en Internet.

En tanto a las experiencias positivas, las futuras madres se encuentran felices por la llegada de su próximo bebé, aquel que fue planeado y deseado, cuentan con su pareja como apoyo emocional y económico, se informan sobre los cambios en su embarazo, se encuentran tranquilas ya que gozan de buena atención médica, tienen conversaciones con sus amigas con experiencias similares o que igualmente están pasando por el embarazo (Cáceres, Molina y Ruíz, 2014, p.322)

Tal parece que la estabilidad económica y el apoyo de alguna o varias personas repercute en la salud mental de la madre a la hora del embarazo, gracias a ello las preocupaciones se disipan y les interesa tanto que pueden innovar en cuanto a la crianza y los cuidados.

Se han hecho investigaciones sobre los vínculos afectivos y cómo afectan en la vida diaria de las personas, en este caso la teoría del apego la cual “es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”, se divide en cuatro tipos (John Bowlby, 1998, citado por Gago, s/f, p.2)

Para que el apego surja depende de los vínculos propios de cada persona, el primer elemento a discusión son las conductas de apego en donde los bebés buscan que la madre o padre se acerque a él y permanezca ahí, con llanto, sonrisas, el seguimiento visual, movimientos y demás.

El segundo elemento son los sentimientos de apego, al implicar sentimientos hacia uno mismo y a la figura de apego, esto proporciona un abanico de expectativas sobre cómo reacciona el individuo con los demás, por último, se encuentra la representación mental en la cual el niño tiene sus propios esquemas y que a lo largo de su corta vida ha elaborado una representación interna de su relación de apego, y que posteriormente irán evolucionando y cambiando respecto a los períodos de su vida.

El apego se divide en 4 tipos, el primero de ellos es el apego seguro el cual el pequeño siente calma a la hora de explorar el mundo, siente la suficiente confianza ante el cuidador de que, si se encuentra en una situación problemática, este mismo le apoyará adecuadamente, además de que “Este tipo de apego evoca sentimientos de pertenencia, de aceptación de sí mismo y de confianza de base”. En cuanto a los padres mantienen la postura de cuidador, como en situaciones donde el menor se encuentre en llanto o enojo, los padres se ponen en contacto, ofreciendo un apego seguro.

Al contrario del apego seguro se encuentra el apego inseguro huidizo-avoidante, el niño expresa inseguridad e incluso ansiedad a sus figuras paternas, se muestra como si estuviera en presencia de extraños, evitando miradas, huyendo de la madre, llega casi a carecer de expresiones de malestar, miedo o rabia y aparenta vivir de manera supuestamente independiente del amor de sus padres. Relacionado con el actuar del menor, los padres se muestran hostiles, poniendo en primer lugar su propia comodidad, intentando que su hijo sustituya el llanto por algo más controlable, son controladores e intrusivos, toman distancia emocional ocasionando este tipo de apego.

Otro tipo de apego disfuncional es el apego inseguro ansioso-ambivalente, el infante se encuentra entre dos puntos de búsqueda y distancia con la madre, si bien puede querer permanecer con ella, en otras ocasiones se mostrará con rechazo hacia ella y cólera, se siente inseguro al explorar, incluso puede generar ansiedad el solo pensarlo, puede también desencadenar angustia por separación, son difíciles de calmar y sus manifestaciones de malestar, miedo y rabia suelen ser exageradas. Los padres “no responden a los niños, pero no les rechazan”, se ausentan con frecuencia, llegan a poner amenazas de que se marchen para controlar al menor, en conclusión, padres inconsistentes.

Por último, se encuentra el apego inseguro desorganizado-indiscriminado en donde “se apegan, se despegan para apegarse a otro, pero siempre de manera superficial” con tal de evitar pasar por las incomodidades de pérdida, frustración y vulnerabilidad ante rupturas anteriores. En este caso el padre se encuentra en una posición muy delicada como es el caso de alcoholismo, drogadicción, algún problema psiquiátrico y demás, el menor se encuentra atrapado en una posición donde si se marcha el progenitor se sentirá insultado y si busca acercarle el padre o tutor manifiesta rechazo (Gago, s/f, pp. 3-7)

Basta decir que es complicado saber actuar adecuadamente a las diversas situaciones adversas y de necesidad del infante, pero como padres la estabilidad mental, comunicación asertiva y apertura son de vital importancia para un futuro saludable, que no presente estragos de una mala praxis.

De acuerdo con Diana Baumrind existen 3 estilos de crianza, el primero de ellos es el autoritario en donde la comunicación pasa a segundo plano, al igual que el afecto y apoyo emocional, este tipo de padres busca con rigor la obediencia impecable de sus reglas e imposiciones, no dudan al aplicar su castigo que igualmente será severo. Lo primordial es criar soldados en vez de hijos, que sean obedientes en todo momento, lamentablemente este tipo de crianza afecta en el menor de tal manera que en cuanto a lo afectivo, social y personal se verá estancado, sus habilidades de comunicación son pobres y se muestran con grandes dificultades de perseguir sus metas.

El segundo estilo de crianza es el permisivo el cual es todo lo contrario al autoritario este carece de reglas, obligaciones y poder sobre el hijo, lo toman en cuenta para las decisiones del hogar, prácticamente es independiente y capaz de hacer lo que quiera, excepto situaciones que lo pongan en peligro, el castigo existe, pero es muy escaso. Desde un punto de vista pareciera que los padres se quitan la responsabilidad de lo que son para brindar únicamente un supuesto apoyo que termina por afectar al niño en cuanto a su madurez y éxito personal, son más erráticos y agresivos.

Siendo el tercero, se encuentra el estilo con autoridad o democrático, es la intervención más sana en el ambiente familiar, hay un balance entre la independencia del menor y las reglas, obligaciones y autoridad establecida, la asertividad está al alcance de la esquina por así decirlo. Gracias a esto los niños son independientes socialmente,

tienen una autoestima más alta, son capaces de desenvolverse en el medio con facilidad para así conseguir sus objetivos de manera madura y positiva (Psiconet, 2018, p.1).

Cabe destacar que la influencia de los padres sobre los hijos juega un papel primordial, son sus primeros modelos a seguir, con quienes definirán su modo de relacionarse con los demás, son sus mentores y guías, los padres tienen una responsabilidad abismal en sus hijos, tanto que dependiendo de su educación anterior será igualmente determinante para los menores a menos, claro, que alguna generación rompa la cadena.

2.3 Importancia de los padres en la adolescencia

Los padres tienen el papel más importante en la formación y educación de los adolescentes, gracias a ellos se puede poseer un espacio de seguridad y amor dentro de casa o por el contrario un espacio al cual no quisiera el adolescente regresar, si bien los padres pueden tener problemas entre ellos y supuestamente no poner al hijo en medio de discusiones, hay consecuencias negativas con lo que se observa, la disciplina, el cuidado y atención que igualmente son vitales dentro de la salud física y mental del chico(a) terminan por definir la convivencia en casa.

Si bien los padres no son la compañía preferida de los adolescentes tienen el deber de monitorear en cierta medida los círculos sociales a los que frecuenta su hijo (a). Una de las mayores influencias en su conducta serán las amistades, que bien pueden ser benéficas o pueden llevar al joven a cometer actos de vandalismo (Jacob, 2016, p.1)

Es muy fácil guiar a los jóvenes por el mal camino, ya que se encuentran en esta etapa de querer ser comprendidos, en la búsqueda de encajar en un grupo social, ser reconocidos y la búsqueda de una pareja por presión o por gusto. Es una etapa difícil sin duda, hay demasiados estímulos y cosas por descubrir que en ocasiones conlleva a la rebeldía, la comunicación en este tipo de casos es un arma muy poderosa para los padres, con el fin de lograr un acercamiento y así poder ayudar con el padecer, lastimosamente si los padres no llevan un buen control en su dinámica familiar, si hay situaciones de peligro y demás, las consecuencias para esta intervención serán catastróficas.

Los padres tienen una manera diferente de abordar los problemas o situaciones que les molesta respecto al adolescente, de acuerdo con Musitu y Cava “el padre suele utilizar la resignación, es decir, la evitación del problema y la inhibición del tema” esto ocurre cuando el diálogo no fue suficiente para solucionar la situación, por ende, deja de lado el asunto hasta el punto de llegar a evitarlo y posiblemente agravando más. Cabe mencionar que la comunicación tiene una gran importancia en el joven, ya que busca ser comprendido o por lo menos escuchado.

Hay claras diferencias entre el padre y la madre, una de estas es que la madre se molesta un mayor número de veces y la duración del enfado puede ser prolongada, el adolescente al notar que no consigue lo que quiere de esta manera, recurren a ser indiferentes, a mentir sobre a qué lugares van o con quien se ven, eso en caso de los varones, en contraparte las adolescentes al igual que la madre recurren al enfado pero buscan de su consejo al mismo tiempo, es un actuar de forma más pasiva sobre aquello que le molesta, ya que no lleva a la acción en su mayoría lo que planeaba desde el primer momento (Musitu y Cava, 2001, citado por Estévez et al, 2007, p.47)

Estas situaciones son el primer acercamiento que puede tener la familia con sus hijos, además de ser una oportunidad de crear lazos más cercanos y duraderos si las situaciones son bien atendidas, pero si esto no se maneja de la mejor manera en consecuencia la confianza se puede ver disminuida, la conducta se puede ver afectada, y demás situaciones que dependen de la interacción y dinámica.

En algunas ocasiones el adolescente puede sentir que lo están oyendo más no que es escuchado, busca de sus padres una actitud de tranquilidad al contar lo que tenga en mente, si la forma de actuar es irritable, el tener la percepción de regaño o algo parecido la comunicación con el chico o chica será mínima, los padres en cambio se centran con mayor fuerza en la obtención de información, sobre quiénes son los amigos de su hijo o hija, que lugares son los recurrentes para salir, alguna pareja, gustos, su desempeño en la escuela, en otras palabras saber todo lo relacionado con el adolescente, aunque las preguntas que le planteen no sea de la mejor manera posible y en vez de mostrarse como un signo de preocupación o interés por parte de ellos, será interpretado como una amenaza a su privacidad, ya que no hay una manera precisa de abordar los temas (Estévez et al, 2007, p.47)

De las situaciones familiares menos delicadas se encuentra la comunicación, ya que el problema se puede solucionar con ayuda profesional o con mayor comprensión por parte de los padres, modulación de voz al hablar con el hijo, el trabajar en equipo como padre y madre para no desautorizar al otro y demás intervenciones posibles en cambio la violencia dentro de las parejas es un tema más contundente que afecta a estas mismas, pero, cuando se trata de una familia con hijos, estos pueden presenciar los actos violentos que son posiblemente del diario, los cuales repercuten igualmente en los adolescentes.

Los progenitores son la primera línea de aprendizaje e imitación para los pequeños, la forma de interactuar violenta en pareja enseña a resolver los conflictos de forma agresiva, con faltas de respeto y lo primero son las discusiones ante los conflictos, los niños se vuelven jóvenes adolescentes problemáticos en su mayoría con antecedentes de una convivencia poco sana, reproducen el modelo que sus padres le enseñaron siendo castigados cuando actúan mal, mientras que los adultos se preguntan por qué (Álava, s/f, citado por Meneses, 2018, p.1)

Llegando a peores casos los hijos buscan huir del malestar recurrente en sus hogares, lamentablemente ocurre lo contrario ya que se internan más en el problema causando desmotivación, miedo e incluso llegar a padecer ansiedad y depresión, esta última es muy importante a tomar en cuenta ya que puede pasar inadvertida, puede ser silenciosa y por ende ser más peligrosa.

Como en cada discusión hay dos posturas diferentes, en este caso el padre y la madre, el adolescente con el tiempo puede formar su propia opinión respecto los temas que se discuten, puede estar de acuerdo con uno de sus padres y apoyarlo o en contraparte buscar que ambos padres estén bien pero que de igual manera genera estrés (Haro, s/f, citado por Meneses, 2018, p.1)

Una cosa es el daño colateral de problemas entre los progenitores y otra es el daño directo a los adolescentes, es decepcionante saber que son posibles los abusos físicos y sexuales contra los hijos, una vez que se ha aclarado los malestares que provocan las discusiones, se analizará los efectos de abuso.

De acuerdo con NIS-4 en entre los años de 2005 y 2006 se registraron 135 341 casos en Estados Unidos de abuso sexual contra menores, siendo parte de los culpables

los padres biológicos en un 36 %, por otra parte, las familias con un padre biológico y un padrastro o madrastra, o padres adoptivos, se reportó que los ataques de abuso sexual es 8.4 veces superior en comparación con una familia con todos los integrantes de manera biológica (Pliego, 2017, pp. 41-42)

Es alarmante el número de casos que se han reportado y más aún porque se trata de familias con padres biológicos, cuando para el adolescente ellos son sus protectores, esto con el tiempo hace que pueda desarrollar desconfianza u otros problemas psicológicos como depresión o un trauma, viven con esa mala experiencia toda su vida y sin embargo hay más clasificaciones sobre esta problemática.

En la situación de que ambos padres estén en cohabitación o unión libre el abuso es 4.6 veces más, en familias con un padre biológico y su pareja en unión libre es 19.7 veces mayor, siendo este el más peligroso de todos, rebasando la cifra de 8.4, en familias con un solo padre es 4.7 veces más y por último se encuentran las familias en donde los niños viven con “personas diferentes a sus padres” con 8 veces más casos (Pliego, 2017, p. 24)

Todas las situaciones son graves sobre todo porque no se consideran aquellos casos nunca reportados, que fueron callados por las mismas familias, por falta de pruebas o que nunca fueron contados por los agredidos (por sentimientos de culpa, por no saber qué pasaba en ese momento e incluso porque la situación supera sus defensas convirtiéndose ahora en el abusador).

En las situaciones de abuso, falta de comunicación y peleas entre los padres, influyen directamente sobre el adolescente, son problemáticas más notorias que deben ser atendidas con urgencia y delicadeza, igualmente se tiene en cuenta que los

integrantes de la familia y el hecho de que estén en unión libre o no, influye más de lo que muchos piensan, tal es caso de la delincuencia juvenil.

De acuerdo con investigaciones realizadas en Noruega hay un porcentaje de 21.5% de jóvenes que provienen de familias que han atravesado por una separación y estos adolescentes han cometido delitos, siendo el divorcio y otros casos de separación un factor a tener en cuenta, mientras que aquellos con ambos padres biológicos el porcentaje era mucho menor, con un 8.9% (Pliego, 2017 p.48)

Más a detalle las cifras de la investigación realizada en Noruega son a causa de padres ausentes durante la infancia, ya sea por trabajo, por fastidio hacia los hijos, por drogadicción o alcoholismo y demás situaciones, los adolescentes con estas problemáticas han demostrado mayor rechazo por la autoridad, en caso de la ausencia del padre, los jóvenes muestran mayor rechazo a la autoridad impuesta por mujeres debido a la sobrecompensación del rol masculino (Biller, 1981; Draper & Harpending, 1982, citado por Nieri, 2016, p. 65)

En el caso contrario de aquellos adolescentes que cuentan con ambos padres, estos últimos mantenían una actitud pasiva “en relación a la crianza o excesivamente agresivos”, provocando que sus hijos sean delincuentes, al tener esa libertad de hacer lo que les parezca o un estilo rígido de crianza donde aquello prohibido se convierte en tentación (Nieri, 2016, p. 65)

Ligado a la delincuencia juvenil se encuentra en consecuencia la deserción escolar, al llegar a vandalizar la vía pública, los actos de crimen, no es extraño que los adolescentes busquen evadir responsabilidades y usar ese tiempo para el ocio.

Los padres tienen una influencia impresionante sobre sus hijos, incluso sobre el futuro o lo que será el medio para su destino, de acuerdo con un estudio realizado por el centro de opinión pública de la universidad del valle de México, titulada “La influencia de la formación de los padres en la educación de sus hijos”, dice que hay un 76% en las familias donde el padre posee un grado académico máximo de secundaria, tienen mayor posibilidad de que uno de sus hijos sea desertor de la escuela antes o durante el bachillerato, dando como resultado tener el mismo grado de estudios de sus padres, mientras que por otra parte la deserción escolar disminuye considerablemente en un 24% “si el padre de familia cuenta con bachillerato o un grado mayor” (Prensa UVM, 2017, p.1)

El nivel académico en su mayoría va ligado a las posibilidades de conseguir un empleo mejor y bien pagado, en las situaciones donde el recurso económico escasea provoca que los estudiantes abandonen los estudios debido a que no pueden seguir costeadando su ciclo escolar en contra parte de los alumnos de padres con economía media o alta.

De acuerdo con investigaciones empíricas se ha demostrado que el apoyo, la supervisión y el monitoreo de las actividades de los padres hacia los estudiantes tiene consecuencias en los bajos logros y deserción escolar, ya que no perciben ese respaldo por parte de sus cuidadores ni la importancia necesaria (Lamus, Santana y González, 2015, p. 40).

Una vez visto la influencia de los padres sobre los adolescentes, cabe responder la duda ¿Entonces si no hay padres no hay problemas?, la respuesta es no, de igual manera es una dificultad para el sujeto, ya que sin las figuras paternas y su guía, los jóvenes son más propensos a iniciar una vida sexual temprana ya que no hay alguien que les recuerde que aún no es el momento apropiado para una pareja, en consecuencia se ven embarazos no deseados durante la adolescencia, incluso los actos de

delincuencia también son más probables a falta de principios inculcados y demás factores determinantes (Nieri, 2016, p.64)

En conclusión, con o sin padres si el adolescente no tiene una crianza de calidad, se verá afectado por todo lo que lo rodea, involucrándose en conductas autodestructivas, que son de gran preocupación en la sociedad actual, es imposible una paternidad perfecta, pero sin duda hay situaciones que son posibles de evitar o resolver, entonces cabe en cada uno de los padres de familia buscar cómo mejorar y seguir aprendiendo para ayudarlos a crecer como ciudadanos y personas.

CAPÍTULO III

MODELO Y ÁREA PSICOLÓGICA

3.1. Modelo psicológico: Cognitivo conductual.

a) Antecedentes

Como primera referencia, que tuvo una gran influencia en la posterior aparición de las terapias cognitivas, el filósofo más citado por diversos autores recibe el nombre de Epícteto en el estoicismo. En su obra *Enchiridion*, existe una frase muy citada hasta la fecha, que versa: “No son las mismas cosas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas” (Feixas y Miró, 1993, p. 209).

Cabe mencionar que, la rama de la filosofía, considerada por muchos como parte fundamental del conocimiento, el pensamiento crítico-analítico y la ciencia, tiene un lugar importante en la fundamentación de lo que hoy en día es el modelo cognitivo en la psicología y psicoterapia. Si bien es cierto que muchos de los supuestos filosóficos no tienen validez en la ciencia moderna, los aportes en la Grecia clásica han servido como referente para discusiones, debates e hipótesis que con el tiempo, se fueron estructurando y rediseñando.

En la antigüedad, los estoicos resaltaban lo importante que es la percepción de la realidad y el rol del pensamiento en las emociones. Autores como Hume o Spinoza señalaron también la teoría del pensamiento como influencia en las emociones humanas. Posteriormente, y después de varios siglos bajo el dominio del imperio Romano (por ende, bajo la influencia del catolicismo), el renacimiento apareció a partir del siglo XVI, permitiendo que los temas que involucran el funcionamiento de la mente y el conocimiento de sus funciones, tomen un papel central en la filosofía nuevamente.

Esto llevó a la creación de dos posturas, que retomaron el conocimiento de los filósofos griegos: el innatismo y el anti natismo. Primero, el innatismo hace referencia a aquellas ideas o nociones primordiales del pensamiento que no son adquiridas por la experiencia. Mientras que el anti innatismo, se expresa que existen estructuras en los seres humanos previas a la experiencia, es decir, una predisposición a ciertas conductas o habilidades (Vásquez et al, 2015, pp. 18-19).

Personajes como el filósofo René Descartes, consideraba que la experiencia y las ideas innatas brindaban al ser humano conocimientos, comparándola con una cadena de ideas simples que en conjunto conforman lo que él consideraba como la razón. Por otro lado, el empirista británico Locke, creía firmemente que no era necesario explicar el conocimiento del mundo mediante el innatismo. El renacimiento europeo fue una gran puerta a muchos filósofos y al desarrollo de diversas hipótesis que buscaban explicar el comportamiento humano. Immanuel Kant, no se quedó atrás en cuanto a este postulado, pues sostuvo que un rasgo muy distinguido de los trastornos o desórdenes mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un sentido privado. Cuando las terapias cognitivas estaban en desarrollo, existieron diversos factores que fueron vitales para su posterior aparición (Vásquez et al, 2015, pp. 18-19):

- La aparición del conductismo mediacional o covariante
- El descontento existente con los tratamientos de la época, tanto psicoanalíticos como conductuales.
- La emergencia de la psicología cognitiva y el progreso del desarrollo de los modelos clínicos sobre el procesamiento de la información.

No fue hasta 1879, finales del siglo XIX, que el fundador de la psicología, Willhem Wundt, promovió un modelo científico de manera institucional para estudiar la mente. En

la ciudad de Leipzig, Alemania, Wundt fundó el primer laboratorio experimental. Dicho laboratorio fue pensado para dedicarse completamente a la investigación de la psicología. Aquí, Wilhem Wundt estudió mediante diversas herramientas destinadas a registrar lo que él llamaba “la experiencia inmediata”, método que posteriormente fue conocido como introspección experimental. Aunque en ciertos casos los registros se reducían al paciente contestando sí o no a la presencia de ciertos estímulos, o a presionar una tecla en la presencia de un estímulo diferente, esto no fue un impedimento para que varios otros interesados en el tema tomaran sus ideas y empezaran a desarrollar nuevos métodos de investigación (Escobar, 2016, p. 118).

Posteriormente a los avances hechos por Wundt, derivaron dos corrientes más que harían de la psicología una ciencia más fuerte y en constante expansión, pero en especial, una vertiente que se convertiría en una de las escuelas de psicología más importantes a nivel mundial. El conductismo que florecía en Estados Unidos. Para ellos, el introspeccionismo no les resultaba en su totalidad ya que no había resultados contundentes que pudiesen ser explicados de forma teórica.

Una obra de John B. Watson titulada *La psicología según un conductista* resaltaba algunas de las deficiencias en el postulado de Wundt. De manera casi simultánea y del otro lado del mundo, los europeos se enfrentaban a diversos bloqueos por parte de la corriente psicoanalítica y la Gestalt para divulgar sus propuestas e hipótesis (Vásquez et al, 2015, p. 25).

El modelo cognitivo deriva del desarrollo del modelo S-O-R de Woodworth. En el año de 1965, Homme (citado por Feixas y Miró, 1993, p. 210) hace una propuesta bastante interesante. En dicha propuesta, explica que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas totalmente diferentes que logran covariar una de otra. Por lo tanto, cuando

pensamiento y conducta no cumplen con la misma y única función (la adaptación del individuo) dan paso a la presencia de una conducta anormal.

Incluso muchos autores están de acuerdo en que es necesario considerar el aprendizaje social de Rotter como un predecesor de las terapias cognitivas. Albert Ellis, George Kelly y Aaron Beck destacaron como fundadores de dicho modelo terapéutico, incluso, algunos de estos personajes, habiéndose formado en el psicoanálisis, decidieron cambiar el rumbo de sus carreras, llegando a rechazar los conceptos psicodinámicos por la falta de eficacia y evidencia empírica.

Por otro lado, el hecho de que las intervenciones psicoanalíticas no respondieron adecuadamente a ciertos problemas, sirvió como punto de partida para que los tratamientos cognitivos tuvieran una mayor atención. Por ejemplo, el modelo psicodinámico mostraba limitaciones para aquellos trastornos con notables correlatos conductuales, añadiendo su larga duración y la falta de evidencia con respecto a su eficacia (Feixas y Miró, 1993, p. 210). Pero para atender la demanda creciente de nuevos tratamientos, era necesario revisar las bases del modelo.

En los comienzos de este modelo, la terapia cognitiva no tenía el sustento de un personaje que unificase ciertas ideas, como Freud y el psicoanálisis, para dar una imagen clara de lo que el modelo se trata. Sin embargo, a raíz de esta situación es que se proponen los primeros esquemas y proposiciones cognitivas.

El origen de esta noción puede ser encontrada gracias a los escritos de Head, Jean Piaget y Barlett. Especialmente Bartlett, considera que el esquema cognitivo es una organización de reacciones y experiencias pasadas, una abstracción, fruto de las experiencias previas (Feixas y Miró, 1993, p. 214)

b) Autores y teorías.

Las terapias cognitivas han establecido sus bases, de la mano de diversos autores que estaban de acuerdo en la importancia de los procesos cognitivos. Por nombrar a uno de estos autores, Kelly, es considerado como el primer teórico que contempla una teoría respecto a la personalidad, así como ofrecer un enfoque a la clínica y de la terapia que puede considerarse como cognitiva (Feixas y Miró, 1993, p. 211).

Kelly, desde su enfoque, explica que el conocimiento de una persona se organiza de manera jerárquica mediante lo que él denomina como sistema de constructos personales. Todo hecho construido por el individuo se compone de la experiencia y el aprendizaje, así mismo no existe una experiencia pura ya que cada persona coloca parte de su interpretación y lo adapta a su persona (Schultz y Schultz, 2010, p. 348)

Las estructuras mentales o cognitivas establecen las prioridades de la recepción y procesamiento de la información. Podría decirse que es concebida como la arquitectura del sistema, es decir la estructura que organiza la información. Otro término empleado para complementar las estructuras cognitivas es el de proposiciones cognitivas que se refiere al contenido de dicha información percibida (Feixas y Miró, 1993, p. 214).

George Kelly rechazaba la idea de que en el mundo existen las verdades absolutas o irrefutables respecto a los hechos del mundo, considerando en su lugar que hay diversas interpretaciones de los acontecimientos que ocurren a nuestro alrededor, denominando a esta postura *alter nativismo constructivo*. Esta perspectiva implicaba el hecho de que cada interpretación estaría sujeta a una revisión, pero también, se tenía acceso a ilimitadas opciones para que la persona pueda construir su vida, de tal manera que permita el cambio y el crecimiento individual.

Otro autor destacado por su contribución y teorías relacionadas al aspecto cognitivo proviene de Aaron Beck, gracias al modelo teórico mediante el cual identifica de forma clara cómo dichos esquemas mentales ocupan un rol significativo en la formación y duración, o mantenimiento, de los trastornos mentales, como en el caso de la depresión, en la cual los esquemas mentales más activos reflejan aspectos e información negativa del sujeto (en este caso denominado *self*, pues se refiere a cómo la persona se percibe a sí misma) (Feixas y Miró, 1993, p. 216).

De hecho, en el ámbito de la depresión, Beck explica de manera clara una de las maneras en que opera la cognición de un paciente con depresión, se compone de diferentes creencias, comenzando con las centrales, aquellas que son fijas y profundas, siendo para el paciente una verdad absoluta, esto provoca que la atención del sujeto se vea desviada dando de lado aquella información que refuta la creencia central, cabe resaltar que este proceso es de manera inconsciente y sólo es perceptible por medio de las creencias intermedias, Beck (2000) menciona que “Estas creencias, si bien no se pueden modificar tan fácilmente como los pensamientos automáticos, son más maleables que las creencias centrales”, posterior a estas creencias se encuentra el pensamiento automático que parte de una experiencia (Psicólogos Córdoba, s/f, p.1)

Beck posteriormente, expondrá su teoría más famosa, llamada La Triada Cognitiva. En esta teoría se explica que la persona percibe una visión negativa sobre su futuro, el entorno en el que se encuentra y sobre sí mismo. Esta tendencia es muy común en los casos clínicos de pacientes con depresión. Los pacientes con depresión, como se mencionó anteriormente, muestran una tendencia frecuente a presentar errores cognitivos, siendo los más comunes: las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la sobre generalización, magnificación o minimización, la personalización e imprecisión (Castanedo, 2008, p. 93).

Por otro lado, el modelo propuesto por Albert Ellis contiene muchos elementos que hacen referencia a este esquema cognitivo, pero no de forma tan explícita. Dicho modelo considera que la génesis de los trastornos mentales en el ser humano, se debe a la tendencia a las ideas irracionales y el pensamiento negativo. De esta manera, todo suceso aversivo puede interpretarse en un conjunto de creencias irracionales que se basan en situaciones o pensamientos absolutistas y cuyas consecuencias pueden derivar en un trastorno mental, emocional y conductual (Feixas y Miró, 1993, p. 216).

Al abordar otros trastornos mentales, el modelo cognitivo toma en cuenta el tipo de información que se distorsiona y su relatividad a los estímulos que representan un potencial peligro para el individuo. Dentro de estos procesos, ocurre una conexión con un esquema del self en el cual el individuo se percibe indefenso, incapaz o vulnerable.

Si el procesamiento cognitivo de dicho evento potencialmente aversivo, sugiere que el evento es eminentemente catastrófico, es muy probable que se desate una crisis de angustia cuyas manifestaciones físicas se procesan en términos catastróficos (Feixas y Miró, 1993, p. 221).

A partir de los años 70, la psicología cognitiva tiene una evolución considerable, que le permite abrirle paso a otros postulados, de la mano de autores como Spivack (1976) quien explicaba que la afectividad de una persona para solucionar problemas del mundo del sujeto, con el uso adecuado del razonamiento y estrategias de resolución de problemas.

Pero en lo que respecta al modelo terapéutico, el procedimiento de las terapias cognitivas se desarrolla de manera activa, estructurada, de breve duración y directiva, de

tal manera que sea posible el tratar distintos trastornos mentales. Al respecto, Weishaar y Beck explican la propuesta principal con la que los modelos cognitivos se exponen con una colaboración abierta con el cliente:

“La orientación empírica de esta terapia convierte el sistema cerrado de creencias del cliente, en un sistema abierto. El cuestionamiento es el principal instrumento técnico, y la experimentación conductual es la mejor forma de validez de supuestos teóricos específicos” (s/a, 1987, citado por Feixas y Miró, 1993, p.227)

Dentro del modelo cognitivo existen otros modelos que tienen su raíz en el estudio de los principios evolutivos como metodología de trabajo. El marco teórico de este tipo de modelos, llamados Modelos basados en teorías evolutivas y motrices de la mente, viene de la mano de autores como F. Hayek y W. Weimer.

Sin embargo, fue Guidano en el año 1987 quien presentó formalmente este modelo cognitivo. Guidano mencionaba que la actividad mental es entendida como el proceso de construcción de modelos estructurales de nuestra realidad.

En dicho modelo estructural, la identidad de la persona adquiere un papel sumamente protagónico, pues dicha identidad es concebida como una estructura intermedia que integra a otros esquemas cognitivos, como aquellos en los que se desarrolla el lenguaje o la organización del conocimiento implícito, entre otros.

Bajo la premisa de este modelo, las emociones cumplen la función de identificar los cambios cualitativos en los esquemas cognitivos. Por lo tanto, reciben una atención especial en esta teoría (Guidano, 1987, citado por Feixas y Miró, 1993, pp. 224-225).

c) Técnicas del modelo.

Antes de abordar el tema de las diferentes técnicas empleadas en el modelo cognitivo en el contexto psicoterapéutico, es necesario repasar algunos puntos importantes, respecto al rol del terapeuta y el cliente.

Primeramente, el objetivo principal de la terapia cognitiva es lograr un cambio en la estructura mental del cliente, en especial aquellas estructuras o esquemas que bloquean el funcionamiento psicológico adecuado de la persona. Para llegar a ese objetivo, es necesario que exista una relación colaborativa entre el cliente y el terapeuta, porque de esta forma se llega a un acuerdo en común en relación a la génesis del problema o los problemas del cliente. De esta manera se definen los medios a emplear durante la terapia y los medios para alcanzarlos (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2013, pp.1-12).

Una vez que se logra crear el ambiente de colaboración mutua adecuado (es decir, la relación terapeuta - paciente) es posible la cooperación entre ambas partes, como si de un equipo de investigación se tratase. Cada idea y pensamiento que el cliente exponga durante las sesiones, será considerada como una hipótesis, por lo tanto, esta hipótesis debe ser verificada. No se trata de que el terapeuta persuada o convenza al cliente de que sus ideas o puntos de vista son erróneos, sino que es el mismo cliente quien debe darse cuenta de si dichos esquemas mentales o no, son incoherentes, por sí mismo.

Los elementos a tomar en cuenta dentro de una relación terapéutica, o más bien, los puntos clave a considerar en dicha relación paciente - terapeuta son los siguientes:

- ❖ El paciente es el conocedor de su mundo interno. Ideas, emociones, sentimientos, sus aptitudes y actitudes ante ciertas situaciones, entre otros elementos. Por lo

tanto, el terapeuta debe conocer y aprender sobre el dinamismo del esquema cognitivo de su cliente.

- ❖ Por otro lado, el terapeuta es el experto en las relaciones humanas y en el funcionamiento de los sistemas de construcción.

Hasta este punto, puede concluir, que el terapeuta funge como un agente validador, para todos aquellos constructos que puedan resultar útiles, dentro del sistema del cliente, así como un proveedor de invalidación, acompañando al cliente en la invalidación y por lo tanto, en el camino de la reconstrucción que conlleva.

Una consideración a tener en mente, es que para tratar las cogniciones de una persona se necesitan tener diversas técnicas que promuevan el cambio y otorguen mayor control sobre sí al cliente. No basta solamente el hecho de señalar como o de dónde vienen los errores cognitivos que pueda expresar la persona dentro de la sesión en curso, ya que es necesario poner en práctica y reforzar el proceso de cambio, hacia una conducta deseable, pero, sobre todo, hacia una estabilidad entre las emociones y los pensamientos.

A continuación, se describirán algunas de las técnicas empleadas en la terapia cognitiva, explicando también los casos en los que pueden ser aplicados (Feixas y Miró, 1993, pp. 230-231):

- Como primer recurso técnico a tratar se encuentra la asignación gradual de tareas, la cual permite asignar ciertas conductas que contrarresten la idea irracional que tiene el paciente, de no poder hacerlas
- También existen Técnicas de Relajación. Dichas técnicas tienen la ventaja de que otorga un valor importante en el proceso del autocontrol del cliente. Las técnicas de relajación son diferentes a las Técnicas de Distracción, ya que busca aliviar la tensión física y mental, logrando que el sujeto.

- Las técnicas de distracción son una serie de propuestas de actividades que sean agradables al cliente, para que, en momentos de depresión o ansiedad, dirija su atención a otros estímulos, fomentando la creación de procesos cognitivos adaptativos.
- Otra técnica empleada en el modelo cognitivo, es el Role Playing. Bajo esta técnica, el terapeuta busca que el paciente detecte las respuestas anticipatorias negativas ante ciertos estímulos y desarrolle respuestas favorables analizando las posibilidades a disposición del cliente.
- El Ensayo Cognitivo, es una técnica mediante la cual el paciente imagina de manera sucesiva, cada paso a seguir para realizar una tarea. Esto permite enfocar la atención en aquellos detalles problemáticos, de tal manera que se contemplen al momento de ejecutar una acción y la respuesta sea diferente a la ya aprendida con la experiencia.
- También existen las Técnicas de autocontrol. El proceso de autocontrol engloba una serie de fases que van desde la autoobservación de la conducta propia, seguido de una comparación entre lo que hace y lo que debería de hacer, llegando como meta final a la elevación de la motivación del paciente.
- Aaron Beck propuso una técnica cognitiva bastante práctica para los casos de depresión, aunque, puede ser aplicada a otros malestares o trastornos, esta técnica es El Registro Diario de Pensamientos Negativos. En este registro, se hacen anotaciones de aquellas ideas automáticas que producen emociones desagradables en situaciones cotidianas.

Al comenzar, se tiene que identificar la situación lo más específica posible (que, como, cuando, donde, quien) y se procede a describir la emoción que se está experimentando. Por último, se describen aquellos pensamientos automáticos, ya sea

mediante una frase o palabra clave para el cliente. Se recomienda hacer el registro inmediatamente de haber pasado la cognición errónea.

- Meichenbaum y Goodman (1971, citado por Castanedo, 2008, pp. 93-94) elaboraron un sistema de entrenamiento destinado a niños con hiperactividad dicho programa fue denominado Método de autoinstrucción, esta técnica se desarrolla 5 pasos esenciales:

1.- Modelo: el terapeuta debe ejecutar una tarea o acción, hablando fuerte y claro para sí mismo, mientras el niño observa.

2.- Instrucción externa: El niño es quien realiza la tarea ahora, mientras el terapeuta lo guía, con voz alta.

3.- Autoinstrucción externa. El niño verbaliza las instrucciones en voz alta.

4.- Autoinstrucción externa - reducida: aquí el niño realiza la tarea mientras se auto instruye, esta vez, susurrando los pasos indicados por el modelo.

5.- Autoinstrucción encubierta: el niño logra realizar la actividad, mientras se auto instruye, sin necesidad de verbalizar los pasos.

Pero esta técnica no se limita únicamente en niños con hiperactividad, pues también ha demostrado eficacia en trastornos como la esquizofrenia, problemas de aprendizaje o dificultades en habilidades sociales.

Como se mencionó en algunas técnicas anteriormente, hay tareas enfocadas a manejar un trastorno mental en específico, problemas de autoestima, percepción del entorno y de la vida misma, entre otros. Todo aquel problema de carácter cognitivo que pudiese aquejar al cliente. En el caso de la depresión, es posible encontrar técnicas para trabajar con las cogniciones y la conducta de quien padece dicha enfermedad. También

se considera el origen de dicho trastorno, ya que, si se da, debido al duelo, se complementan técnicas para trabajar pensamientos y la aceptación gradual de la pérdida.

- Las técnicas de planificación de actividades, tienen la ventaja de que otorga al cliente la posibilidad de planificar su día a día, actividades y pasatiempos de acuerdo a aquello que le resulte placentero. De hecho, estas tareas sirven para recordarle al paciente que es ella/él mismo quien tiene el control de lo que hará o no hará Michael Hjert (s/f, citado por Beyebach y Herrero de Vega, 2010, s/p) propone la tarea de Planificar un día perfecto, esto dependiendo de los gustos y actividades placenteras. La noche anterior, debe planificar cómo sería un día perfecto, considerando que hará, dónde, con quién, de qué o de quién se mantendría alejado. Una vez que el día concluya, deberá evaluar del 1 al 10 si el día fue de lo más agradable o si fue poco deseable.
- Dentro del enfoque cognitivo, se encuentran las Terapias en habilidades de afrontamiento. En un comienzo estas técnicas comenzaron a emplearse para tratar trastornos de ansiedad y entrenar al paciente para afrontar cualquier situación estresante. La meta de estas técnicas es entrenar al cliente en ciertas habilidades que le puedan servir en situaciones futuras para afrontar cualquier evento estresante, por muy variadas que estas puedan llegar a ser.
- Y una de las técnicas empleadas para adquirir habilidades de afrontamiento, es La Inoculación del Estrés. Dicho entrenamiento consiste en una serie de actividades semiestructuradas y de carácter clínico sensible, adaptable a la población con la que se esté trabajando. Tiene el propósito de preparar a las personas en contrarrestar los efectos negativos derivados del estrés, la ansiedad y sus posibles consecuencias (Meichenbaum et al, 1982, citado en Castanedo, 2008, pp. 94-95).
- La reestructuración cognitiva ayuda al paciente a tomar consciencia de los pensamientos o actos irracionales que comete, aprende a modificar la forma de

interpretación del entorno, ante el cambio de ideas se busca reemplazarlas con nuevas explicaciones que sean funcionales.

- En el caso del debate, esta técnica cuestiona las autoafirmaciones negativas, es fundamental que el paciente sepa diferenciar las ideas racionales de las irracionales para poder cuestionarlas, el sujeto debe analizar sus creencias y decidir si son útiles o no.
- La siguiente técnica es sumamente popular, ya que esta “se utiliza para seguir dos objetivos principales: la toma de conciencia de la naturaleza de los esquemas y el distanciamiento crítico de las convivencias problemáticas”, en el diálogo socrático el terapeuta sirve de guía, para así alcanzar al punto clave que se pretende
- En la relajación progresiva se tensan los músculos del cuerpo para posteriormente relajarlos paulatinamente, logrando la relajación total, esta técnica es recomendable para sujetos con ansiedad.
- La técnica de autocontrol consiste en que el paciente pueda registrar la o las conductas específicas, con esto se recopilan datos sobre sí mismo, de modo que se percate de su conducta y se incline por las que son más saludables para él o ella.
- El automonitoreo igualmente es responsabilidad del paciente registrar su comportamiento, debe ser diario, con el automonitoreo se distinguen los cambios en las conductas y actitudes, esta técnica y la anterior se complementan con otras que influyan al darse cuenta del sujeto, donde le permitirá con más facilidad el registro (Hernandez y Sanchez, 2007, pp. 63-65)
- El Mindfulness en occidente se entiende como “prestar atención de manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar”, desde

un tiempo para acá se consideró adecuado integrarlo en los modelos cognitivos y conductuales para el procesamiento de la información (Cayoun, 2014, s/p)

- La Tarea de Predicción consiste en solicitar al consultante que cada noche, momentos antes de ir a dormir, haga una predicción respecto a si será capaz de cumplir una tarea u objetivo que se haya propuesto dentro de la terapia. En la noche siguiente y antes de que realice alguna otra predicción, el paciente deberá anotar lo que aconteció durante ese día. Las anotaciones deben dividirse en dos columnas, en una deberá estar anotada la predicción (que puede ser en formato Sí/No) y en la otra columna, lo que realmente ocurrió (Shazer et al, 1986, citado por Beyebach, Herrero de Vega, 2010, s/p).
- Las Técnicas de Reatribución son aquellas técnicas que consisten en un análisis completo sobre las ideas y suposiciones que tiene el paciente sobre las causas o responsabilidades de ciertos acontecimientos. Esta técnica puede ser sumamente útil para trabajar con aquellos sentimientos de culpabilidad.
- En ocasiones es posible encontrar que, en algunos modelos cognitivos, exista una inclinación a recomendar lecturas que sirvan para reforzar el conocimiento cognitivo del cliente sobre su problema. A esta técnica se le conoce como Biblioterapia. En estos casos, se recurren a libros de autoayuda que, de manera sencilla se intenta que el paciente introyecta esquemas cognitivos más funcionales, haciendo posible la identificación de ideas irracionales de manera más temprana
- La disputa racional es considerada como una de las principales técnicas a aplicar, como parte del repertorio del enfoque cognitivo. Consiste en cuestionar de manera libre y abierta las ideas irracionales que presente el cliente sobre la mesa. Por ejemplo, se elaboran preguntas como “¿Cuál es la evidencia que dispone para creer esto?” “¿Es racional creer esto?” (Dryden y Ellis, 1987, citado por Feixas y Miró, 1993, pp. 233-234).

- La técnica de grabar historias no resueltas consiste en que el paciente como dice el nombre, grabe su experiencia narrada sobre el suceso traumático, como un abuso sexual, a todo detalle, posterior a ello escucharlo las veces que sean necesarias hasta que logre verlo sin llorar o reaccionar de forma negativa (Dolan 1991, citado por Beyebach, Herrero de Vega, 2010, s/p)
- La desensibilización sistemática surge cuando el paciente se encuentra en un estado de tranquilidad para que el psicólogo pueda interferir mediante imaginación aquellos sucesos que causan malestar clínicamente significativo, empezando desde lo que menos le afectó a más, el sujeto imagina que se encuentra en esa situación y con ayuda del terapeuta se interviene en caso de que se encuentre con algo indeseado para suspender esa imagen y volver a un estado de relajación.
- El contrato de contingencia se utiliza en terapias con dos sujetos, como por ejemplo padre-hijo, en él se establecen las conductas deseadas al igual que las recompensas que obtendrá si cumple con el contrato (Feixas y Miró, 1993, p.)

3.2 Área de la psicología

Entrando en materia la psicología clínica se encarga de atender y promover la salud mental de los individuos, por medio de los especialistas en este ámbito, los psicólogos clínicos, aquellos que rehabilitaran a las personas con trastornos, los pacientes que no cumplen los criterios de salud mental, lo cual los ha llevado a su propia destrucción y llevando de paso a sus familiares y gente cercana.

El término de clínica yace de su etimología griega klinós, que significa cama, más a fondo se traduce como "...se inclina sobre el que yace en la cama", haciendo alusión a aquellos enfermos que necesitan de los cuidados de su familia, ya que en su mayoría no son capaces de cuidarse a sí mismos, están ajenos a la realidad, como en el caso de la esquizofrenia (Sánchez, 2008, p.1).

La psicología clínica aparece formalmente como campo profesional en 1896 en la Penn University, todo esto a causa de Lightner Witmer, aquel que utilizó el término por primera vez para destacar sus avances con pacientes con discapacidad intelectual, este mismo autor concibe a esta ciencia como tal ya que al ponerla en práctica veía esta utilidad (Juárez, 2016, p. 27).

En marzo de 1907 se presentó el primer número de Psychological Clinic de Witmer, en el cual su contenido era sobre la intervención y estudio de lo que antes se conocía como retraso mental, con el tiempo los conceptos han ido cambiando, por el trato digno de las personas, además de que podía significar la implementación de una etiqueta mal vista por la sociedad (Sánchez, 2008, p.5)

En 1896 Witmer formó la primera clínica de atención psicológica de niños, se comienza con el caso de un pequeño de 14 años de edad el cual es canalizado por su maestra debido a dificultades de escritura, con ello la maestra da a entender que “la Psicología debería dar una respuesta al problema que el caso plantea, así como definir una forma de tratamiento tendiente a obtener la cura de la enfermedad”, debido a la búsqueda de una cura para el problema (Juárez, 2016, p. 27).

Thorne quien incitaba a que los practicantes aplicarían el enfoque experimental en algunos casos de práctica clínica, esta es la delgada línea para que un clínico pueda personalizar las intervenciones, porque cabe recordar que los mismos procedimientos para dos personas con depresión no surten el mismo efecto, por ende, se modifica la intervención a lo que las evidencias indican que tiene éxito (Sánchez, 2008, p.152)

Ya para el año de 1935 el comité de normas definió esta ciencia como “el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos”, claro está que una mala adaptación al ambiente causa problemas en el equilibrio del sujeto, abriendo paso a las irregularidades en el pensamiento, carga emocional y social. En 1936 y 1937 se van construyendo bases más sólidas de la psicología clínica mediante textos y el Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Esta ciencia vio sus inicios en el estudio de la conducta humana, en aquella que era anormal o desviada, muchas de las áreas en psicología se derivan de su compañera la psiquiatría, ya que esta surgió mucho antes, en búsqueda de tratar los males en esa época, con procedimientos como la lobotomía para curar muchas de las patologías; la educación tiene un papel igualmente importante dentro de la psicometría, mismo caso que con el reclutamiento militar, donde buscaban evaluar a los alumnos y en el segundo caso a sus posibles candidatos para la guerra, por último el método experimental saliendo del laboratorio, donde es común el ensayo, prueba y error, con los objetivos de descubrir o lograr algo (Sánchez, 2008, pp.3-6).

El psicólogo clínico no solamente atiende casos extremos de patología, también se enfoca en las pequeñas problemáticas (comparadas con un trastorno) del día a día que provocan en la persona una alerta, un malestar en su engranaje y en su buen funcionamiento, como problemas de pareja, estrés, problemas de oficina, etc. Este profesional también en estos casos: problemas de adicciones, accidentes cerebrovasculares, autismo, educación especial, duelos, problemas de identidad en la adolescencia y muchas cosas más nombradas y descritas en el DSM-V (APA, 2011, P.1)

El psicólogo clínico debe ser multidisciplinario, debe tener en su lista de contactos a un nutriólogo, un doctor, otro compañero psicólogo, un psiquiatra, maestro, neurólogo, etc., con el fin de que cuando un caso por ejemplo de anorexia sea tratado en consulta pueda trabajar en conjunto con estos profesionales, en este caso, con un nutriólogo y un doctor, está de más decir que los profesionales que elija deben de ser expertos ya que el psicólogo está canalizando al paciente y va en juego su criterio (Sánchez, 2008, p. 9).

La atención psicológica se divide en 3 niveles, el primero se enfoca en la prevención del padecimiento, ya sea con informar por medio de conferencias o campañas, en grupos o individualmente, el segundo donde se da la primera atención, el caso es manejable, y con una buena oportunidad de intervención, y por último se

encuentra el tercer nivel, aquí lamentablemente el paciente requiere de alta especialidad dentro de un hospital (Fernández, Carmo y Jiménez, 2009, pp. 5-9).

Como todos los profesionales, hay un conjunto de normas y reglas para seguir, y claramente es vital ser fiel al código ético, para saber cómo abordar ciertas situaciones, como en el caso de romper secreto profesional en determinadas circunstancias, que poder decir y que no, al mismo tiempo que con ello protegemos al paciente, de igual manera se protege al profesional de la salud, los principios de los cuales se rige son, el respeto por los derechos y la dignidad de las personas, cuidado responsable para desempeñar su profesión, integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás para evitar conflictos de interés, y por último responsabilidad hacia la sociedad (Sánchez, 2008, p. 12).

Como en la vida no existe manual para el actuar bien o que abarque todas las situaciones posibles, lo mismo pasa con el código ético, abarca innumerables momentos que pueden ocurrir, pero no todas. Por ejemplo, dentro de la praxis clínica es bien sabido que el profesionista contrasta constantemente sus valores con los de sus pacientes.

Por lo cual es de suma importancia recordar que, las personas valoran sus experiencias de manera diferente a como lo pueda hacer el psicólogo clínico. Frondizi (1995, citado por Mendoza, 2004, p. 19) reflexiona sobre este punto de manera muy acertada: “someter a examen crítico las tablas de valores que influyen nuestra conducta es tarea irrenunciable de todo hombre culto”. Dicho de otro modo, es vital que todo profesionista de la salud mental, autoanalice su tabla de valores y en especial aquellos valores que sustentan su método, modelo de ayuda o de trabajo.

En segunda se encuentran los problemas concernientes con las relaciones duales con pacientes, esta parte indica la imposibilidad del profesional para atender familiares, estudiantes, suyos, además de mantener relaciones amorosas o sexuales con los pacientes, En tercera instancia están las quejas por práctica profesional fraudulenta, donde cobran más caro de lo habitual, ofrecen curas para lo que no se puede curar y

ofrecen sus servicios a aquellas personas que no lo requieren, por último y uno de los más importantes, la confidencialidad (Sánchez, 2008, p. 12).

El clínico debe ser capaz de realizar una anamnesis, esta se define como aquel proceso donde el clínico extrae información del paciente mediante el diálogo con el fin de poder establecer un posible diagnóstico, el profesional será capaz de identificar los puntos importante a investigar y profundizar, a reconocer los signos y síntomas y plantear una hipótesis sobre lo que podría ser, esto no se aprende tan fácilmente, solo en la práctica se es capaz de llegar a conocer cómo realizar adecuadamente una anamnesis (Castillero, s/f, p.1).

Este profesional de la salud debe manejar un amplio conocimiento de vocabulario técnico y dominar términos médicos, si bien no se utilizan a la hora de hablar con pacientes ya que en su mayoría desconocen el significado de esos términos, será útil en la redacción de los casos, en elaboración de expedientes y para comunicar lo que sucede con otro profesional de salud, en colaboración.

Es importante tener bien definidos los parámetros de la intervención, desde la gravedad de la enfermedad, el tipo y el propósito de la intervención, una vez aclarado esto “se valoran tres aspectos esenciales del trato con el paciente, la aproximación, el examen físico y el examen mental”, en el primero el enfoque es establecer un rapport adecuado, ya que la primera impresión es importante para forjar una transferencia sana (Sánchez, 2008, p. 134).

La confianza con el terapeuta no solamente sirve para que la persona brinde más información, sino que también ayuda en la adherencia al tratamiento, incita a que la persona vuelva y lleve a cabo las actividades y tareas más satisfactoriamente, ciertas cosas para que el porcentaje de éxito incremente es el trato respetuoso, amigable y considerado, que la persona se sienta escuchada sin ser juzgada. En efecto, la empatía no solo permite al paciente que se sienta en un lugar seguro, sino que le permite al terapeuta adaptarse a las necesidades del sujeto. Y junto con la empatía se encuentran

habilidades como la escucha activa, aceptación incondicional y el ser uno mismo, es decir, la sinceridad con el tacto, saber que decir y en qué momento (Bados y García, 2011, pp. 6 - 9).

En segunda fase se encuentra el examen físico, el cual evalúa los signos físicos de la persona, con la finalidad de que se pueda obtener información de la condición en que viene el paciente, como su estado de salud, si está en un estado de alerta, consciente, sopor, etc., incluso de su modo de vida, el clínico debe estar capacitado y entrenado para identificar estos aspectos con el fin de corroborar la situación de “la atención, memoria, discurso y otros aspectos que a través de la interacción con el paciente son fácilmente observables y sugerentes de la integridad del cerebro” (Sánchez, 2008, pp. 135-136).

Por último se encuentra la evaluación del estado mental que “se organiza a través de una serie de categorías tradicionales que incluyen conciencia, motivación y emoción, lenguaje, memoria”, la información se obtiene por medio de la conversación y los datos que brinde el paciente en comparación con los datos que ya se tienen, como por ejemplo la pregunta de ¿qué día es hoy? debe responder correctamente al igual saber en qué sitio se encuentra en respuesta a otra pregunta o mediante algún estímulo visual (Vergara y Fonck, 1995, p.17).

La primera fase del examen mental conlleva la evaluación del nivel de consciencia, es decir el grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea, además de tomar en cuenta 3 esferas, persona (se pregunta al sujeto por quien es, como se llama, en qué trabaja, si alguien lo acompaña, que responda como se llama esa persona), espacio (interrogación sobre el lugar donde se encuentra) y tiempo (en qué día de la semana se encuentra, el mes y año).

En el nivel de conciencia también se examina el estado de alerta, la persona reacciona antes ciertos sonidos que pueden causar malestar, dolor o incluso despertar a una persona que se encuentre dormida, una persona que se encuentra lúcida tiene la

capacidad de permanecer en una conversación y dar respuestas racionales y con sentido a lo que se pregunta, el segundo grado de alerta es la confusión, el paciente se encuentra en un estado de vigilia pero muestra inconsistencias en sus respuestas, ya sea contestando de manera diferente a la misma pregunta, no saber con certeza dónde se encuentra, olvidar sucesos recientes, entre otras inconsistencias.

El siguiente nivel de consciencia en la obnubilación, el paciente está en un estado de somnolencia, no sabe qué día es ni en donde se encuentra, contesta a preguntas simples pero es poco reactivo a los estímulos ambientales, en cambio en un estado de sopor el sujeto pareciera estar durmiendo, este nivel puede dividirse en dos, la primera en donde si al estimularlo con algún ruido fuerte despierta y actúa con obnubilación se trata de un sopor superficial, ya que logra subir de nivel al contrario del sopor profundo, en donde puede volver a dormirse, o incluso el clínico debe llegar a utilizar estímulos dolorosos para que reacciones o si acaso abra los ojos, los últimos dos niveles visto desde el lado de la medicina y psicología el coma es un mal profundo ya que no hay reacción alguna por parte de la persona, en casos especiales las personas logran despertar pero nada puede asegurar que lo hagan, por último la muerte cerebral que como indica su nombre, es algo irreversible, como tal la ausencia de reacciones, aunque su cuerpo pueda seguir funcionando por máquinas del hospital (Sánchez, 2008, pp. 137-139).

Dando concluida la evaluación de los niveles de conciencia, el examen pasa a enfocarse a la comunicación, la persona tiene que es capaz de responder a preguntas y órdenes simples, además de efectuar acciones sencillas, nombrar objetos, leer algún texto y escribir una frase, todas estas son lo más relevante para valorar comunicación, aunque esta misma tenga un panorama muy amplio.

La memoria se puede definir como “la actividad física a que permite fijar, conservar y evocar las vivencias que han impresionado a la conciencia, que las reconoce como elementos registrados con anterioridad”, por ejemplo en un examen, se recuerdan datos para un fin que es aprobar, aunque esta información sea más reciente que otra, como

recordar algo de tu infancia, en este caso hechos remotos, para evaluar este punto el clínico pregunta por fechas de cumpleaños, fechas de sucesos históricos, sobre donde estudió y/o trabajó, claramente teniendo en cuenta la escolaridad del paciente para aspectos como fechas conmemorativas (Rojas, s/f, p.55).

Por consiguiente, las funciones cognitivas superiores se pueden evaluar de manera más objetiva y precisa con pruebas psicológicas y un interrogatorio elaborado por el psicólogo, en la que se plantean adivinanzas, semejanzas, preguntar por el significado de algún proverbio, cálculo aritmético, reproducir un dibujo, sumas y restas, ya que conlleva que el paciente busque una solución.

El contenido del pensamiento al igual que en otros puntos del examen mental no se puede evaluar en pacientes que están en un estado de consciencia deficientes, se complica más este punto ya que es una parte sofisticada y complicada su examinación, incluso sujetos que están lúcidos pueden tener alteraciones, tienen una percepción diferente del mundo o incluso interpretarlo de mala manera (Sánchez, 2008, pp. 140-141).

El examen mental evalúa “consiste en la valoración de la capacidad mental actual mediante la evaluación del aspecto general, el comportamiento, cualquier idea inusual o percepción insólita o extraña”, se aplica en aquellas personas que tengan indicios de algún desorden o alteración de su estado mental, se debe realizar en un lugar donde esté el paciente en calma, sin ruidos y sin distractores (para comprobar que presta atención se le pide repetir 3 palabras que el clínico dirá rápidamente) con el fin de que pueda escuchar claramente las preguntas del profesional (Newman, s/f, p.1)

Otro aspecto importante en la parte clínica se encuentra la historia clínica, en esta se registra información del paciente, desde su identificación (nombre, edad, contacto de emergencia, teléfono), continuando por anotar el motivo de consulta (pauta que da inicio a la consulta pero no siempre se trabaja lo que el paciente dijo al principio), la enfermedad

actual que padece, antecedentes (enfermedades, operaciones, fecha de la primera menstruación en caso de ser mujer, estado civil, y demás antecedentes), hábitos (sustancias como alcohol y tabaco, alimentación, drogas), alergias, y así sucesivamente, con el fin de tener la mayor parte de datos acerca del paciente, tomarlos en cuenta para la intervención, resolver dudas, entre otras cosas (Sánchez, 2008, pp. 141-146).

Dentro de la psicología clínica se encuentra el uso del diagnóstico, este consiste en la revisión de datos concretos como los signos, síntomas y situaciones de un contexto, todo esto se ve complementado con ayuda de la historia clínica del paciente y en caso de requerir, exámenes complementarios. En el caso de los signos (todo aquello que es visible, desde sudoración, enrojecimiento, fiebre, y demás alteraciones) y síntomas (todo aquello que no es perceptible a simple vista, es algo interno del paciente, como pensamientos irracionales, dolor) serán aquellos que dan indicios del padecimiento y requieren de un profesional experto para su buen procedimiento (Editorial Etecé, 2021, p.1).

Es indiscutible que el clínico debe tener un vocabulario amplio, conocer conceptos que le sirven en su práctica profesional, como por ejemplo saber que es un síndrome, si preguntaras a un individuo que no está familiarizado con esta palabra, podría pensar automáticamente en el síndrome de Down, en cambio para el clínico este es "un conjunto de síntomas y signos que denotan algo en su conjunto", hay diferentes tipos de síndromes que se acercan más a la rama de medicina, sin en cambio deben tomarse en cuenta en el abordaje psicológico.

En cuanto a los documentos que el psicólogo debe saber manejar uno de ellos es el expediente clínico, en este se anotan el conjunto de datos en cuanto a la intervención con el paciente, este es un documento escrito, con gráficos e imagenológicos o lo que se haya requerido en los estudios del sujeto, este expediente no se elabora a escondidas del paciente, se solicita su autorización y firma de él o de su representante legal, en donde asumen los posibles riesgos que pueda haber en algún procedimiento, ya sea quirúrgico o médico (Sánchez, 2008, pp.148-151).

El procedimiento que mejor debe dominar un psicólogo de cualquier área, de cualquier lugar en que trabaje, a cualquier persona es la entrevista clínica, es de las primeras cosas que se hace al intervenir con un paciente, se obtienen datos para su revisión y profundizar en el motivo de consulta, existen varios tipos de entrevista, como la motivacional donde se trabaja con el cliente el cambio de hábitos y actitudes por medio de su propia motivación, en otro tipo el profesional expone lo que espera lograr con el sujeto, hay diferentes tipos pero la entrevista principal recaba datos de su estado mental en el ahora (Borrell, s/f, pp. 342-343).

Para realizar una entrevista se requieren de ciertas habilidades que el clínico ha ido mejorando y puliendo a lo largo de sus estudios y prácticas profesionales, es vital que el entrevistador sepa prestar atención a todo lo que se menciona, cada detalle, y verbalización del paciente, pero esto no es suficiente, también implica el saber escuchar, además de hacer sentir al sujeto que tenemos su atención, implica hacer un buen análisis, la sintonía va de la mano con la escucha, pues el entrevistado siente esta conexión con el terapeuta, brindando confianza para contar todo lo que le aqueja (Sánchez, 2008, pp. 167-175).

Como primera habilidad que debe tener todo psicólogo clínico, está la atención. Es necesario atender cuidadosamente las necesidades que el cliente manifieste dentro de cada sesión, analizar el mensaje verbal y el comportamiento no verbal del mismo. Por otro lado, debe de incentivar al paciente a expresar sus ideas, brindar confianza y seguridad de que se encuentra en un espacio controlado donde puede sentirse relajado e inferir de manera precisa y sin titubeos o suposiciones, respecto a las expectativas e ideas del cliente.

Pero no solamente implica la observación y percepción cuidadosa de los detalles dentro del discurso y comportamiento del paciente dentro de una consulta. Es hacerle

saber al paciente que se le escucha, pero, sobre todo, mostrar interés, sin rayar en una situación que sobrepase la ética del psicólogo (Sánchez, 2008, p. 163).

Los clínicos conocen algo muy crucial dentro de la terapia, la transferencia y la contratransferencia, estas se diferencian por algo importante, una de ellas es sana y ayuda a que el trabajo fluya (transferencia), la otra es su contraparte, no es deseable que surja y causa rezagos en la intervención, además de mala praxis (contratransferencia), para adentrarnos más en qué consiste cada una, cabe resaltar la que es deseable, la transferencia ocurre cuando el paciente se siente identificado con el terapeuta, ya sea por emociones, actitudes, sentimientos y demás cosas que lo ayudan a sacar a flote procesos inconscientes, como sacar partes de su pensamiento, conducta, relaciones interpersonales, y así sucesivamente (Sánchez, 2008, p. 158).

La contratransferencia por otro lado, proviene del terapeuta al paciente, el clínico se identifica con ciertos aspectos o situación del sujeto. Dicho concepto fue utilizado por primera vez por Sigmund Freud (1912), quien afirmaba que el profesional de la salud mental debía mantener una postura fría para no verse afectado emocionalmente por la influencia que pueda llegar a tener el paciente. Por lo tanto, en la praxis como profesional puede decirse que existe, no de forma escrita pero sí de forma práctica, una regla de neutralidad y cierta abstinencia emocional para no perjudicar el proceso (Soledad, 2019, pp. 18 - 21).

Las maneras de intervenir en los pacientes, tienen una base, se llegó a esos conocimientos investigando, ya que “sólo es posible realizar avances en la investigación cuando sabemos qué es lo que debemos estudiar”, si no existiera la clasificación de enfermedades el clínico trabajaría desde la nada, tendría que pasar por el método científico en cada sesión, aparte de que tardaría más tiempo en saber qué pasa, hay infinitas complicaciones (Butcher et al, 2007, p.5)

CONCLUSIONES

En primer lugar, de acuerdo con la recolección de datos sobre el efecto que tienen las familias sobre los adolescentes con depresión, se puede dividir en diferentes apartados las problemáticas que en conjunto suman algo multifactorial, como es el caso de este trastorno del estado de ánimo, hay mucha información sobre ello, los síntomas que padece el sujeto en las diferentes etapas de su vida y de acuerdo al tipo de situación que lo pueda detonar como es el duelo, el uso de fármacos e incluso los procedimientos para intervención, este trastorno se ha estudiado desde hace mucho tiempo.

Cabe destacar que la depresión se encuentra clasificada en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) junto con las posibles comorbilidades que pueda presentar el paciente. Por otro lado, la información sobre los adolescentes es extensa más no demuestra como tal una respuesta precisa a cómo va actuar cada adolescente ya que hay que recordar que cada persona es diferente, tiene un contexto único, pensamientos distintos, una percepción del mundo interpretada a su manera, condiciones de vida favorables o en mal estado, familias unidas o distanciadas, son hijos únicos o con hermanos, estado de salud diferente.

En vista de las variables es difícil que los autores lleguen a tener una guía o manual global, esto mismo pasa con los padres, el pasado de cada uno de ellos es muy variable, tienen costumbres diferentes, lo cual se ve reflejado en el estilo de crianza que manejan con sus hijos, la religión que profesan puede afectar igualmente, recordando que hay dogmas que son muy rígidos en cuanto a las actividades que están permitidas, el cómo

visten, y demás, de igual forma los padres pueden ser adoptivos, del mismo sexo, son pequeños factores que influyen en los hijos.

Es necesario resaltar que dentro de la literatura la información sobre los padres de familia, se encuentra en su mayoría por grupos, por ejemplo, los tipos de padres y los efectos sobre los descendientes, los estilos de crianza, además de cómo influyen los factores monetarios y la salud mental de los mismos.

Por otra parte, con el pasar del tiempo la disciplina sobre los hijos se ha transformado, lo que antes se consideraba normal ahora es mal visto, como dar un castigo con golpes, ahora recurren a métodos más efectivos que ayudan a que el hijo o hija tenga un verdadero análisis de lo que pudo haber hecho mal y cómo hacerlo mejor en la próxima vez, tomando en cuenta esto, es necesario que la información sobre el estilo de crianza siempre se esté actualizando debido a que siempre va a cambiar.

Como es bien sabido en México los tipos de familias más abundantes son las extensas, son escasos los aportes sobre los mexicanos, es más fácil encontrar información proveniente de otros países, debido a que han brindado mayor inversión en las publicaciones científicas, sería de mayor ayuda tener un hallazgo sobre las familias mexicanas para que con ayuda de lo que se sabe del contexto cultural mexicano, se pueda brindar un panorama más amplio sobre como intervenir o sobre como es el funcionamiento de la familia.

De forma semejante, hay tantos tipos de familias que son desconocidas por la mayoría de las personas ya que la familia puede tener un significado diferente para cada persona, debido a esto el adolescente puede entrar en confusión, ocasionando que en

una situación donde este carece de padres biológicos pueda negar tener familia aun teniendo padres adoptivos.

Ahora bien, un punto de partida para los psicólogos es que puede ser beneficioso para las familias el promover la importancia y la gravedad sobre la falta de comunicación de padres a hijos, con el fin de mejorar los lazos afectivos mediante conferencias, pláticas, simposios y demás para mejorar la resolución de conflictos, mayor confianza entre los miembros, además de incrementar la asertividad.

Es necesario mencionar que la información en bibliotecas sobre temas actuales e investigaciones actualizadas de psicología igualmente se ven limitadas, es más sencillo navegar por la web y encontrar paginas sin fundamentos o referencias de otros autores que hablen sobre lo que se está buscando, esta desinformación supone un problema para las personas autodidactas o adultos que no están familiarizados con la nueva tecnología y caigan en creer noticias falsas o sacadas de contexto, alarmando a las masas sobre algo que puede tener un tratamiento definido como la depresión.

Es muy cierto que los padres influyen en la vida de los adolescentes y que su forma de resolver los conflictos que se presentan en esta etapa tengan un gran significado para los hijos, bien puede mejorar o empeorar la situación, es un periodo de tiempo muy inestable para ellos, sumando el que padezcan un trastorno como la depresión, agrava la situación, la cual puede salirse de las manos, ciertamente se puede encontrar guías para padres y lo que pueden hacer para ayudar y entender mejor a su hijo pero lamentablemente estas guías no se encuentran al alcance de todas las personas.

Otro punto importante es que el psicólogo se encarga de brindar información sobre el padecimiento llegando a profundizar o llegar a más detalles sobre el tema, con el fin

de que las personas que rodean al sujeto y forman parte de su día a día tengan en consideración las situaciones que se puedan presentar así que por lo tanto como último punto, es necesario dar mayor importancia a las actividades de intervención que incluya a los familiares de confianza para un mejor apego al tratamiento además de integrar de manera sana y segura al sujeto, así como lograr una mejor reinserción a su anterior rutina, esto puede lograrse mediante la elaboración de una guía para los padres de familia mexicanas que contenga información sobre lo que es el padecimiento, los síntomas y la manera en que ellos como familia pueden intervenir, esta guía será elaborada por profesionales de la salud mental, como los psicólogos.

REFERENCIAS.

- Abate de Tadeo, N. (s/f). La Psicología Cognitiva y sus aportes al proceso de aprendizaje. Ciudad de México. Recuperado el día 25 de abril del 2021. Tomado de: http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/574/psicologia_cognitiva.pdf.
- Academia Nacional de Medicina de México (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(5), 52-55. Recuperado en 14 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es&tlng=es.
- Álvarez, M; et/al. (2011). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: Evaluación y Tratamiento. Paseo del Prado, Madrid. Recuperado el día 21 de julio del 2021. Tomado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCprevencionconductasuicida.pdf>.
- American Psychiatric Association- APA (2011). Los psicólogos: Qué hacen y cómo nos ayudan. 14 de noviembre del 2021, de American Psychiatric Association Sitio web: <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/ayudan>
- American Psychiatric Association- APA (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Estados Unidos; Editorial Médica Panamericana.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. Anales de psicología, 6 (1), 37-58. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Bados, A. y García, E. (2011). Habilidades terapéuticas. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Recuperado de <https://cutt.ly/bDa11k0>

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 159-161.
- Beyebach, M; y Herrero de Vega, M. (2010). Barcelona. 200 tareas en terapia breve. Herder Editorial, S.L.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Borrell, F. (s/f). *Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas*. España: semFYC.
- Butcher, J; Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. España: Pearson.
- Cáceres; F.M; Molina; G; y Ruiz; M. (2014). *Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos*. Chía, Colombia. Recuperado el día 13 de agosto del 2021. Tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n3/v14n3a04.pdf>
- Cárdenas, A. (2019). Durkheim, el suicidio y Alan García. *Ideele*, (286), s/p <https://bit.ly/3lhOCAL>
- Castanedo, C. (2008). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: El Manual Moderno.
- Castillero, O. (s/f). El proceso mediante el cual el terapeuta recoge información clínica del paciente. 14 de noviembre del 2021, de *Psicología y mente* Sitio web: <https://psicologiaymente.com/clinica/anamnesis>
- Castillo, P. (2016). *Estilos de Crianza de los Padres de Familia de los Alumnos del 2do grado de Educación Primaria de la I. E. María Goretti de Castilla - Piura*. Piura, Perú. Universidad de Piura. Recuperado el día 11 de agosto del 2021. Tomado de: https://pirhua.udep.edu.pe/bitstream/handle/11042/2564/EDUC_045.pdf

- Cayoun, B. (2014). TCC con mindfulness integrado. España: Desclée de brouwer
- Córdova, M; Rosales, J. C. (2016). Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. Recuperado de <https://bit.ly/3lIOvV4> el día 8 de octubre del 2020.
- Dahab, J; Rivadeneira, C; Minici, A. (2013). Formulación de objetivos y dirección del tratamiento en Terapia Cognitivo Conductual. Revista de terapia Cognitivo Conductual, 24, 1-12.
- Echeverría Aleman, M. (2015). Prevención de la depresión en jóvenes: Un enfoque positivo. Navarra, España. Recuperado el día 15 de abril del 2021. Tomado de: <https://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18553/Maite%20Echeverria%20Aleman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Editorial Etecé. (2021). Diagnóstico. 20 de noviembre del 2021, de Concepto Sitio web: <https://concepto.de/diagnostico/>
- Escobar, R. (2016). El Primer Laboratorio de Psicología Experimental en México. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta (118). Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Ciudad de México, México. Recuperado el día 14 de noviembre del 2021. Tomado de: <https://www.redalyc.org/pdf/593/59347923003.pdf>
- Estévez, E; Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). Relaciones entre padres e hijos adolescentes. España: Nau Llibres
- Feixas, G; Miró, Ma; T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Ediciones
- Fouilloux, C; Ortiz, S; Mendoza, J. (2018). Con problemas de depresión, dos millones y medio de jóvenes mexicanos. Recuperado el 14 de Marzo del 2021. De UNAM. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018_655.html
- Fernandes, R; Carmo, M. & Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los

psicólogos. Archivos Brasileiros de Psicología, 61(2),1-12. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019248009>

- Gago, J. (S/f). Teoría del Apego: El Vínculo. Bilbao, España. Recuperado el día 15 de agosto del 2021. Tomado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teoría-del-apego.-El-vínculo.-J.-Gago-2014.pdf>
- García, J. (2019). ¿Qué es la Familia Extensa? ¿Qué influencia tiene? Recuperado el 08 de octubre del 2021. Tomado de: <https://www.psicologiadelphos.es/la-familia-extensa-y-su-influencia/>
- Gerali, S. (2011). ¿Qué hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el suicidio? Editorial Vida. California, Estados Unidos. Recuperado el día 26 de julio del 2021. Tomado de: <https://bit.ly/2VINNvW>
- González, C; Hermosillo, A; Vacio, M; Peralta, R; Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín médico del Hospital Infantil de México, Recuperado el 14 de abril del 2021. De <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2015.05.006>
- González, S; Pineda, A; Concepción, J. (2017). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Sonora, México. Recuperado el día 23 de marzo del 2021. De: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros en red
- Jacob, G. (2016). El rol de los padres en la adolescencia y la importancia de los amigos. Recuperado el 11 de octubre del 2021. Tomado de: <https://www.redestrategia.com/adolescencia-el-rol-de-los-padres-y-la-importancia-de-los-amigos.html>

- Juárez, A. (2016). Lightner Witmer y la primera clínica psicológica de niños de Estados Unidos. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Korman, Guido Pablo, & Sarudiansky, Mercedes (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y Procesos Cognitivos. Recuperado el 08 de abril del 2021. De <https://bit.ly/3yjUNbo>
- Lamus, A; Santana, D; & González, E. (2015). Factores familiares y escolares que influyen en la deserción escolar de educandos de sexto grado de educación básica secundaria de la institución educativa general Santander del municipio de Arauca (Monografía de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia.
- Lander, R. (2011). Depresión en niños y adolescentes. Venezuela: Psicoanalítica.
- López, H. (s/f). Los once tipos de familias en México. Amai.org. Recuperado el 6 de agosto del 2021, de <https://amai.org/revistaAMAI/47-2016/6.pdf>
- Martín, A. (2013). Manual práctico de Psicoterapia Gestalt. España: Desclee de Brouwer.
- Martínez, A. (2021). Familia. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/familia/>. Consultado el 6 de agosto del 2021
- Meneses, N. (2018) (25 de octubre del 2021). *Así afectan las peleas de los padres a los hijos*. El país Recuperado de https://docs.google.com/document/d/1rIW8_RswkESO5sp3pDdma0hKyMqXhq3aDvXRyLT0PVI/edit
- Molina, L. & Arranz, B. (2010). Comprender la depresión. España: Amat
- Moreno, A. (2007). La adolescencia. Barcelona, España. Recuperado el 21 de agosto del 2021. Tomado de:

<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/110987/7/La%20adolescencia%20CAST.pdf>

- Moya, J. (2008). La conducta suicida en adolescentes y sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil. Recuperado de <https://bit.ly/3yhxfny> el día 8 de octubre del 2020
- Muelas, R. (2021). La teoría de campo de Kurt Lewin. Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-campo-de-kurt-lewin/> el día 30 de marzo del 2022
- Navarro, J. (2017). Familia reconstruida. Recuperado el 10 de octubre del 2021. Tomado de: <https://www.definicionabc.com/derecho/familia-reconstruida.php>
- Newman, G. (s/f). Cómo evaluar el estado mental. Recuperado el 20 de noviembre del 2021. Tomado de: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurológicos/examen-neurológico/cómo-evaluar-el-estado-mental>
- Nieri, L; P. (2016). Desarrollo de un Estado de Sensibilidad en el Padre Ante el Nacimiento de su Hijo. Buenos Aires, Argentina. Universidad Argentina de la Empresa. Recuperado el día miércoles 11 de agosto del 2021. Tomado de: <http://www.bdigital.cesba.gob.ar/bitstream/handle/123456789/404/266%20-%20Libro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona. Recuperado de <https://bit.ly/3xjtA7p> el día 8 de octubre del 2020
- OMS (2019). Los hombres mueren más por suicidio, accidente de tráfico, sida y homicidio. Recuperado de <https://bit.ly/3lpXkxb> el día 6 de octubre del 2020
- OMS (2019). Suicidio. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> el día 6 de octubre del 2020

- Organización mundial de la salud y Organización panamericana de la salud (s/f). Depresión. Recuperado el 17 de Julio del 2021 de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Pérez, B; Rivera, L; Atienzo, E.E; De Castro, F; Leyva, A; Chavez, R. (2007) Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n4/324-333/es/> el día 6 de octubre del 2020
- Pérez, S. (2006). ¿Cómo prevenir el suicidio en adolescentes? Futuros, Recuperado de http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm el día 6 de octubre del 2020
- Placeres, J; Olver, D; Rosero, G; Urgilés, R; Abdala, S. (2017). La familia homoparental en la realidad y la diversidad familiar actual. *Revista Médica Electrónica*, 39(2), 361-369. Recuperado en 10 de octubre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200022&lng=es&tlng=es.
- Pliego, F. (2017). Estructuras de familia y bienestar de niños y adultos. México: Consejo editorial
- Prensa UVM. (2017). Padres de familia con deserción escolar, con mayor posibilidad de tener hijos en la misma situación: COP UVM. 4 de noviembre del 2021, de Universidad del Valle de México Sitio web: <https://laureate-comunicacion.com/prensa/padres-de-familia-con-desercion-escolar-con-mayor-posibilidad-de-tener-hijos-en-la-misma-situacion-cop-uvm/#.YYSOxKJBzrd>
- Psicólogos Córdoba. (s/f). Creencias y pensamientos automáticos. 14 de noviembre del 2021, de Psicólogos Córdoba Sitio web: <https://psicologoscordoba.org/creencias-pensamientos-automaticos/>

- Psiconet. (2018). Estilos de crianza. Recuperado de <https://www.psiconet.es/estilos-de-crianza/> el día 30 de marzo del 2022
- Regueiro, A. (2015). Depresión en adolescentes y su relación con las TIC [Trabajo final de grado, Universidad de la república]. Recuperado el 15 de abril del 2021. De <https://bit.ly/3rKw9y2>
- Rodríguez, Z. (2014). Machos y machistas. Historia de los estereotipos mexicanos. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362014000100012 el día 6 de octubre del 2020
- Rojas, Z. (s/f). El examen psiquiátrico del paciente. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf> el día 30 de marzo del 2022
- Sánchez. P. (2008). Psicología clínica. México: El Manual Moderno.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2010). Teorías de la personalidad. México: Cengage Learning.
- Secretaría de Salud. (2021). 014. Línea de la Vida, ayuda profesional para personas con depresión. 01 de agosto del 2021, de Gobierno de México Sitio web: <https://www.gob.mx/salud/prensa/014-linea-de-la-vida-ayuda-profesional-para-personas-con-depresion>
- Serrano, M. G; Flores, M.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/806/146> el día 8 de octubre del 2020
- Stone, D; Holand, K; Bartholow, B; Crosby, A; Davis, S y Wilkins, N. (2017). Prevención del Suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta, Georgia. Recuperado el día 01 de agosto del 2021. Tomado de: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

- Soledad, J. (2019). Conceptualización de Transferencia y Contratransferencia desde el enfoque tradicional hasta la actualidad. Universidad Austral. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 20 de noviembre del 2021. Tomado de: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/844/Chavez%20Muller%20TIF.pdf?sequence=1>
- Szerman, Maia (2017). Clínica de la adolescencia: estructura y época. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado el 14 de marzo del 2021. De <https://www.academica.org/000-067/997>
- Tamayo, E; Montiel C. y Borja, M.J. (2020). Depresión en la adolescencia. Trabajo de tesis de fin de grado. Universidad Cooperativa de Colombia. Merdellín, Colombia. Recuperado el 25 de julio del 2021. Tomado de: <https://bit.ly/3lk013h>
- UNAM, (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(5), 52-55. Recuperado en 22 de julio de 2021, de <https://bit.ly/3j8JM6l>
- Uribe, P. (2010). Los hogares unipersonales: nueva tendencia en la estructura familiar. Tendencias & Retos, (N.º 15), 57-68
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewjcx-Wit7zzAhVSmGoFHf7dB4lQFnoECC0QAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4929264.pdf&usg=AOvVaw3CEL_u5PI5IAPphtcPC3mb
- Vásquez, A; Ruiz, P; Apud, I. (2015). Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva. Uruguay, Montevideo. Recuperado el día 30 de abril del 2021. Tomado de: <https://cognicion.psico.edu.uy/sites/cognicion.psico.edu.uy/files/Capítulo%201.pdf>

- Vázquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Lima, Perú. Recuperado el 08 de abril del 2021. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372044762006.pdf>
- Vazquez, F; Muñoz, R; Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Recuperado el 08 de abril del 2021. De https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Vergara, F. y Fonck, M. (1995). Introducción a la Neurología. Chile: Universitaria.
- Veyti, M; González, I; Andrade, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. Salud mental, 35(1), 37-43. Recuperado en 27 de marzo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006
- (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México), 60(5), 52-55. Recuperado en 27 de marzo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052.