

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

APEGO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Epoca II, Volumen XVIII - 4º. trimestre 2007



72 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVIII - Nº 72 - 4º. trimestre 2007

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
EL APEGO Y LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE: EL IMPACTO DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE APEGO	5
Samantha K. Shaw y Rudi Dallos	
APEGO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA: SU RELACIÓN CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES	27
Francisco Sanchis Cordellat y Lluís Botella García del Cid	
APEGO E HIPERACTIVIDAD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO.	57
Manuela García Quiroga y Margarita Ibáñez Fanes	
PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL MEDIANTE EL FOMENTO DEL OPTIMISMO	77
Óscar Sánchez Hernández y Xavier Méndez Carrillo	
INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE TRASTORNO AFECTIVO INFANTIL	91
Sandra Ger Cabero y Laia Belles Busqueta	

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. 933 217 532 (martes tarde)

Administración:

GRAO (IRIF, S.L.)
Revista de Psicoterapia
c/. Hurtado, 29
08022 - Barcelona
Tel. 934 080 464 Fax: 933 524 337

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta) |
| <input type="checkbox"/> | Adjunto cheque bancario núm.: |
| <input type="checkbox"/> | Contrareembolso |
| <input type="checkbox"/> | VISA |
| <input type="checkbox"/> | MasterCard |

Tarieta N°:

A horizontal number line with 11 equally spaced vertical tick marks. The line is enclosed in a rectangular box.

Fecha caducidad: / /

Precio de la
suscripción anual para 2007

Países comunitarios 50 EUR

Países extracomunitarios .. 80 \$USA

Firma:

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi subscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad: Oficina: DC: Cuenta:

Banco/Caja Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



EDITORIAL

El apego junto a las emociones, son dos pilares fundamentales para entender la conducta humana y las relaciones que surgen de su interacción. Podríamos decir que son la sal de la vida. Sin embargo en su expresión más negativa son perturbadoras y pueden provocar graves trastornos y padecimientos que en muchos casos empiezan en la infancia. Afortunadamente, ha pasado el tiempo donde algunos autores restaban importancia a cogniciones y emociones, incluso no considerándolas como áreas dignas de interés científico. En la actualidad y al margen de la importancia que otorgue cada perspectiva teórica al fenómeno afectivo-emocional, se ha de aceptar la integración de los diversos procesos psicológicos como constructores necesarios en el desarrollo evolutivo del individuo, y que emergen desde los primeros vínculos establecidos en la infancia con la madre, padre o cuidador más inmediato. En este caso la Teoría del Apego cobra más fuerza, si cabe, a raíz de estudios actuales donde se considera la importancia del vínculo seguro como nexo para un desarrollo cognitivo armonioso y se destaca la relación entre el apego inseguro y desorganizado con la psicopatología.

Éste es el tema de los tres primeros artículos de esta monografía. En el primero de ellos, escrito en colaboración, Samantha Shaw y Rudi Dallos nos acercan al *apego y la depresión adolescente* analizando *el impacto de las primeras experiencias de apego*. Los autores basándose en la teoría del apego postulan un modelo tripartito de la depresión y conciben el apego como un medio de información del psiquismo y base para entender el desarrollo de los modelos de funcionamiento, adaptativo y desadaptativo, que ocupa uno de los niveles más importantes con que, el niño posteriormente adulto, construirá la realidad y por supuesto su vida. En la misma línea los autores exploran el papel del entorno; familia, cultura y factores socioculturales en la producción de las diferencias de género en la depresión.

El segundo artículo y también en la línea de la teoría del apego es particularmente interesante puesto que Francisco Sanchis y Lluís Botella, después de una revisión del tema, analizan los resultados obtenidos en la relación entre el *apego y la sintomatología depresiva en la adolescencia y su relación con los acontecimientos vitales*. La hipótesis defendida por los autores en el artículo puede considerarse evolutiva y preventiva a la vez puesto que, a partir de los resultados, obtienen que los primeros vínculos relacionales de apego seguro ejercen un efecto protector frente a la sintomatología depresiva en la adolescencia y que existe una conexión significativa entre los apegos inseguros

(controladores y fríos) la sintomatología depresiva y los acontecimientos adversos.

En el tercer artículo Manuela García y Margarita Ibáñez nos acercan *al apego y la hiperactividad* para ofrecernos *un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo*. En su trabajo las autoras, y en base a estudios recientes que sugieren que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), podría darse en un vínculo inseguro, exploran las representaciones internas del vínculo en niños con diagnóstico de TDAH y en sus madres. Sus resultados confirman la idea de que en el trastorno por hiperactividad la relación vincular se ve afectada presentando tanto los niños, como sus madres, mayor nivel de vínculos inseguros que los esperado en población normal.

Los dos últimos artículos están dedicados a la prevención e intervención frente a la sintomatología depresiva y la depresión. En el primero de ellos escrito en colaboración por Óscar Sánchez y Xavier Méndez se centra en la *prevención de la depresión infantil mediante el fomento del optimismo* y valoran un interesante programa de resistencia a la adversidad como prevención indicada de la depresión infantil. Su hipótesis de partida es que si los participantes de su estudio completan el programa de prevención, entonces se puede reducir significativamente la sintomatología depresiva. Los autores defienden una intervención preventiva, mediante programas estructurados, para mejorar la sintomatología depresiva.

El segundo, obra de Sandra Ger y Laia Belles, está orientado a la *intervención constructivista narrativa en un caso de trastorno afectivo infantil*, donde las autoras a través de la descripción de un estudio de caso tradicional, describen el abordaje terapéutico desde una perspectiva constructivista con la finalidad de explorar los sistemas principales implicados en la vida de la cliente, en este caso la escuela y la familia. Para ello utilizaron potencialidades del cliente como escritura, creación literaria y dibujo con el objetivo de hacer surgir otras voces más adaptativas también presentes en ella y mejorar el cuadro de sintomatología depresiva. Estos últimos aspectos fueron evaluados posteriormente.

Somos conscientes de la importancia y complejidad del vínculo de apego y las emociones revisten para la psicología en general y la psicoterapia en particular, por lo que creemos que es imposible abordarlo en una monografía sin dejar aspectos pendientes. Esperamos, sin embargo, que los trabajos presentados ayuden a introducir al lector en este campo donde queda todavía tanto por explorar.

EL APEGO Y LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE: EL IMPACTO DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE APEGO

Samantha K. Shaw

Universidad de Bristol, RU

E-mail: Samantha.Shaw@Bristol.ac.uk

Rudi Dallos

Universidad de Plymouth, RU

Bowlby's (1969/1982) ideas of attachment as an interactional system provide the basis for an understanding of the development of adaptive and maladaptive working models of the self and other. More specifically, attachment theory can offer an in-depth understanding into the development of a depressotypic self-schema. Attachment theory is set alongside research into adolescent depression in order to illustrate the importance of the primary attachment relationship in protecting adolescents in our society from developing depressive symptomatology. Therefore, current research in adolescent depression is viewed through the lens of attachment theory. This view is complemented by an exploration of the role of culture in the production of gender differences in depression. Thus, a tripartite model of adolescent depression, including the individual, family relationships, and sociocultural factors is offered as being of potential value for clinicians and researchers in this area.

Key words: Adolescents, depression, attachment, culture, gender

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende combinar la literatura sobre la depresión, el apego y la construcción social con el fin de: a) postular un modelo tripartito emergente de la depresión adolescente; b) generar preguntas de investigación; y c) ampliar la comprensión actual de la etiología de la depresión adolescente. No se incluye en el marco del presente artículo una revisión exhaustiva de la citada literatura. En cambio, se examinarán dos cuestiones sustanciales que son centrales en el desarrollo del modelo tripartito, y que guiarán esta revisión. Las preguntas son: “¿Cómo podemos explicar el desarrollo de la depresión desde una perspectiva del apego?”

y “¿Qué debe añadirse a la teoría del apego para explicar por qué sufren depresión casi el doble de mujeres que de hombres?”.

Después de una exploración inicial de la depresión y la teoría del apego, elaboraremos un modelo a tres niveles de la depresión adolescente. Este modelo incluye factores individuales, relaciones familiares y factores socioculturales. La contribución excepcional de dicho modelo a la literatura existente, es una consideración de la influencia de los discursos, culturalmente compartidos, sobre las identidades legítimas de género en los adultos como factores cruciales para entender cómo se forman las trayectorias del desarrollo de los jóvenes. En este artículo, se argumenta que estos discursos culturales son intrínsecos a la naturaleza de las relaciones de apego entre padres e hijos. Así, existen discursos de género culturales tanto a nivel familiar como más amplio que deben negociarse para que la identidad emergente del adolescente se desarrolle como la identidad de un adulto integrado y sano. Por ejemplo, es presumible que los cuidadores no sólo reproduzcan sus propias experiencias de apego infantil en las interacciones con sus propios hijos, sino también miren de integrar dichas interacciones con expectativas formadas culturalmente sobre lo que significa ser un hombre o una mujer. En otras palabras, las interacciones entre el cuidador y el niño le enseñan a éste último no sólo que es querido sino también qué significa ser un niño o una niña.

Además de verse formadas por las interacciones con los cuidadores y los discursos culturales sobre el género, las identidades también se construyen por los discursos relativos a lo que constituyen relaciones apropiadas y sanas entre una madre y su hijo en contraposición a las relaciones entre una madre y su hija. Por tanto, a pesar de que la teoría del apego (Bowlby, 1969/1982) ofrece un marco convincente del desarrollo que nos proporciona información para nuestra comprensión del desarrollo de los modelos desadaptativos del yo, nos ofrece poca información para explicar las sustanciales diferencias de género que caracterizan la depresión. Al entrelazar los enfoques socioconstructivistas con el desarrollo de los modelos del yo y la teoría del apego, podemos mejorar el presente vacío en nuestra comprensión.

Depresión

El término depresión describe un grupo de síntomas que incluyen anhedonia, monotonía o vacío emocional con variaciones diurnas, estado de ánimo bajo, cambios en los hábitos de sueño y apetito, y el conjunto cognitivo de inutilidad y desesperanza (Beck, 1976), que en conjunto distinguen a la depresión de la tristeza (American Psychiatric Association, 2000). Sin embargo, una revisión más detallada de la literatura clínica y de investigación nos muestra algunas controversias interesantes. Por ejemplo, un tema central es si la depresión es una reacción intensificada a la adversidad o una enfermedad endógena. Curiosamente, algunas investigaciones han comparado pacientes con esta enfermedad “endógena” con

muestras comunitarias, de sujetos control, sanas hallando que el grupo clínico había experimentado entre tres o cuatro veces más acontecimientos estresantes en los 6 meses anteriores al episodio depresivo que la muestra de la comunidad (Brown y Harris, 1978; Paykel, Myers, Dienelt, Klerman, Lidenthal y Pepper, 1969). Además, Bebbington y colaboradores (1998) han encontrado que la distinción entre depresión como enfermedad y depresión como reacción a la adversidad es a menudo una cuestión de juicio clínico relativo a la presencia o ausencia de estresores precipitantes, en vez de una apreciación elaborada por el paciente mismo. Más aún, existe cierto debate sobre la separación entre la depresión y otras condiciones psiquiátricas, ya que las características de la depresión suelen suceder en conjunción con otras dificultades, como por ejemplo los trastornos de ansiedad (Barlow, Dinardo, Vermilyea y Blanchard, 1986) y la anorexia nerviosa (Rothenberg, 1988), lo que complica la elección de tratamientos (Harrington, 1990).

Cabe destacar en este punto del artículo que existen pruebas sustanciales de las diferencias de género en la predisposición a la depresión. La mayoría de estudios coinciden en señalar que el índice de depresión en mujeres es aproximadamente el doble que el de hombres (Klerman y Weissman, 1989; Weissman y Klerman, 1977; Wetzel, 1994). Con el respaldo de los primeros resultados de Brown y Harris (1978), se sugiere que una serie de factores sociales pueden estar presentes en el desarrollo de la depresión en mujeres, incluyendo un sentimiento general de impotencia como resultado de la pobreza, vivienda precaria, demandas excesivas y sin apoyo en la educación de niños en edad no escolar, y una falta de apoyo emocional e intimidad. También cabe señalar que la depresión se asocia fuertemente con los trastornos alimentarios (Cole-Detke y Kobak, 1996), que muestran una preponderancia mayor en mujeres (9:1; Fairburn y Brownell, 2002) que la depresión por sí sola.

¿Existe la depresión en los adolescentes?

Según Harrington (1990), existe bastante debate acerca de la existencia de la depresión infantil y adolescente. En uno de los primeros estudios sobre la depresión en la infancia, Spitz (1946) observó lloriqueos y aislamiento en niños que habían sido separados de su figura de apego; una observación que recibió apoyo en estudios posteriores (Bowlby, 1969/1982; Trad, 1986). Sin embargo, es discutible si existe relación entre los lloriqueos en los niños, que remiten cuando la figura de apego regresa, y la depresión a menudo recurrente en la edad adulta. Además, los psicoanalistas argumentaron en los años sesenta que el superyo no estaba suficientemente desarrollado en los niños y por tanto no era capaz de dirigir la rabia hacia el yo, hacia el interior (Rochlin, 1959), por lo que la depresión en la infancia no sería posible. Sin embargo, algunos investigadores sugirieron que los niños podían deprimirse, pero que sus síntomas quedarían enmascarados (Frommer, 1968; Glaser, 1967). Así, en vez de presentarse del mismo modo que en los adultos deprimidos, los síntomas en la infancia incluirían fobias, delincuencia y síntomas

somáticos; tal idea introduce otra complicación, a saber, ¿cuándo una fobia es una fobia y cuándo se trata de una depresión enmascarada?

En los últimos 20 años, se ha llegado a un creciente reconocimiento de que la depresión sí que existe en los jóvenes y que es similar a una expresión adulta de desasosiego (Angold, 1988; Harrington, 1990; Rutter, 1988). Las investigaciones también indican que la depresión en la infancia tiene relación con la edad; es considerablemente más frecuente en los adolescentes que en los niños (Angold, 1988; Rutter, 1988). Es posible que exista en niños más jóvenes una capacidad cognitiva menos desarrollada para la tríada de la depresión (Beck, 1976). O bien, es posible que la depresión en niños más jóvenes exista en la misma extensión que en los adolescentes, pero que se vea camuflada por limitaciones en el desarrollo del uso del lenguaje, la memoria y la habilidad de autorreflexión.

Kobak y Cole (1994) sugieren que el cambio hacia las operaciones formales en los años adolescentes aumenta su habilidad para la metaobservación. Así, durante un tiempo de grandes cambios físicos, transiciones a diferentes centros escolares, relaciones cada vez más complicadas y el desarrollo de la sexualidad, los adolescentes también se enfrentan a grandes cambios en su capacidad de pensamiento. Quizás por primera vez son capaces de tener modelos alternativos y opuestos de ellos mismos y de sus padres, ya que poseen una mejor capacidad para el pensamiento abstracto. En consecuencia, son más capaces de evaluar sus propias creencias y correspondientes conductas, así como las de sus padres, y así entender las propias creencias o las de sus padres. Allen y Land (1999) establecen que los adolescentes requieren dicha habilidad evaluadora para desarrollar su autonomía cognitiva y emocional respecto de los padres.

Además, Allen y Land (1999) sugieren que el crecimiento de la capacidad cognitiva en los adolescentes les permite desarrollar una gestión más sofisticada de sus relaciones de apego. Para aquellos adolescentes que han experimentado relaciones de apego tensas, puede resultar particularmente estresante o abrumador tener más responsabilidad para gestionar tales relaciones, ya que es probable que deban liberar y gestionar emociones, pensamientos y reglas muy complejas sobre las relaciones. Es posible que tengan potencialmente más cuestiones pendientes que superar, menos reglas por las que guiarse, y quizás hayan tenido menos oportunidades para ensayar estrategias, porque quizás la relación era demasiado impredecible o insegura.

Una razón adicional para la creciente prevalencia de la depresión en adolescentes puede proceder del aumento de atención de estos sobre cuestiones existenciales y globales en vez de egocéntricas, con el resultado de que quizás por primera vez los adolescentes no se vean a sí mismos como el centro del universo. Este nuevo descubrimiento es, sin duda alguna, doloroso y potencialmente incapacitante. En un entorno seguro, un adolescente puede recibir apoyo a través de estas nuevas comprensiones. Sin embargo, si añadimos a este torbellino de pensamientos un

entorno infeliz e inseguro, quizás la pregunta debería ser, “¿Cómo es que no hay más adolescentes con depresión?”

También resulta interesante observar que la prevalencia de la depresión cambia de chicos a chicas después de la pubertad (Flemming, Offord y Boyle, 1989). Esta afirmación nos lleva a preguntarnos si los cambios hormonales predisponen a las chicas jóvenes a la depresión o si los factores psicosociales, como por ejemplo las pautas de socialización, llevan a los chicos a expresar el bajo estado de ánimo de un modo diferente a las chicas. Diferentes investigaciones (Angold, Costello, Erkanli y Worthman, 1999; Goodyer, Herbert, Tamplin y Altham, 2000) han relacionado la depresión con los cambios hormonales en las chicas adolescentes. Sin embargo, no queda claro si dicha relación es puramente biológica o si las manifestaciones conductuales de los cambios hormonales (como por ejemplo los cambios de humor) tienen un impacto sobre las relaciones y por tanto resultan difíciles de manejar. Por ejemplo, las chicas adolescentes, ¿perciben que sus conductas son interpretadas y juzgadas con empatía y apoyo por parte de sus padres (Allen, McElhaney, Land, Kuperminc, Moore, O’Beirne-Kelly, y cols., 2003) o se sienten incomprendidas? Chodorow (1978) y Gilligan (1982) ofrecen más explicaciones psicosociales de la depresión en chicas adolescentes. Sugieren que las adolescentes generalmente experimentan un mayor deterioro de su salud mental a consecuencia de las limitaciones impuestas por la socialización sobre las conductas más pasivas y restringidas que resultan del rol del género femenino. Diez años más tarde, la investigación de Block, Gjerde y Block (1991), demostró que las chicas tienen más probabilidades de interiorizar su bajo estado de ánimo, mientras que los chicos tienden a comportarse de manera agresiva y delictiva, ya que lo socialmente apropiado para las chicas es estar tristes antes que enfadadas, y lo socialmente apropiado para los chicos es estar furiosos antes que tristes.

Dejando a un lado los anteriores debates y cuestiones, el hecho es que los estudios epidemiológicos han demostrado que los índices de depresión son alarmantemente elevados entre los adolescentes. Hasta un 40% de una muestra comunitaria de adolescentes presentó síntomas depresivos en un estudio de la Isla de Wight (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970) y un 20% de adolescentes en un estudio comunitario más reciente satisfacía los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993). Entre un 40% y un 70% de niños y adolescentes depresivos desarrollan un trastorno comórbido junto a la depresión; frecuentemente se trata de un trastorno de ansiedad (ansiedad relacionada con la separación), aunque el trastorno depresivo mayor normalmente precede a otras dificultades (Kovacs, 1996). Por ejemplo, los investigadores han demostrado que el abuso de sustancias entre los jóvenes viene seguido de un trastorno depresivo mayor al cabo de unos 4 años aproximadamente (Birmaher, Ryan, Williamson y Brent, 1996). Además, los investigadores han señalado que entre el 70% y 80% de los adolescentes con depresión no reciben tratamiento

(Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991). Tales cifras destacan la importancia de continuar con la investigación sobre la depresión adolescente para que se pueda entender, tratar y reducir mejor el sufrimiento de los jóvenes de nuestras comunidades.

Cicchetti y Toth (1988) adoptan una perspectiva del desarrollo al intentar entender la depresión en niños y adolescentes. Incorporan perspectivas cognitivas, socioemocionales, representacionales, neurológicas y biológicas en un intento de capturar la riqueza y la realidad de los mundos donde viven los adolescentes; se trata de un objetivo ambicioso. Así, Cicchetti y Toth argumentan que los adolescentes sanos son aquellos que han conseguido organizar estos diversos sistemas en una estructura coherente e interrelacionada. Contrariamente, los investigadores observan que los adolescentes depresivos han formado una organización incoherente de los sistemas, o bien han formado una organización patológica de los sistemas; una organización concreta que es depresógena. Además, Cicchetti y Toth (1988, pág. 224) explican que “las organizaciones depresógenas evolucionan con el desarrollo y pueden conducir a trastornos depresivos en diferentes momentos del ciclo vital. Así, la comprensión de las interrelaciones entre dichos sistemas es vital para delimitar la naturaleza de estos trastornos [trastorno distímico y trastorno depresivo mayor] como también para esclarecer cómo dichos sistemas también promueven el funcionamiento adaptativo”.

Teoría del apego: Una visión sistémica

Bowlby utiliza el modelo de un sistema de control para proporcionar un método de investigación para entender cómo pueden funcionar las conductas innatas. La característica especial de un sistema de control es que depende de la retroalimentación para poder conseguir un objetivo. Bowlby (1969/1982, pág. 47) dice que “...los sistemas conductuales responsables de la conducta materna en una especie, funcionarán dentro de ciertos tipos de entornos sociales y físicos y no fuera de ellos, y dichos tipos variarán de una especie a otra”. En otras palabras, lo que Bowlby sugiere es que, para que las conductas paternas funcionen efectivamente y prosperen, también precisan de un entorno sensibilizado a su práctica. Tal sensibilización del entorno y los sistemas conductuales es mayoritariamente una función de la evolución (Bowlby, 1969/1982).

En la siguiente sección, explicaremos la interacción entre las conductas innatas del niño y del cuidador, y el efecto de cada uno sobre el desarrollo de la relación de apego que se desarrolla entre la díada.

El desarrollo de modelos representacionales

Bowlby opina que la confianza de un niño sobre la accesibilidad y la sensibilidad de un cuidador gira sobre dos factores: a) si se percibe al cuidador como una fuente fiable de protección y apoyo o no; y b) si el yo se percibe como un receptor digno de dicha protección y apoyo. Bowlby argumenta que, aunque tales factores

se encuentran lógicamente separados, en realidad se prestan a menudo a confusión, con la consecuencia de que los modelos del yo y del otro se desarrollan de modo complementario y reafirmativo.

Así, Bowlby sugiere que existe una necesidad innata en los niños de formar lazos con personas significativas, lo que es fundamental para la supervivencia. Una vez que se ha establecido un lazo con un cuidador, la relación de apego óptima va más allá de proporcionar seguridad; también es una fuente muy valiosa para que el niño aprenda sobre sí mismo y el mundo social. En el lenguaje de la psicología cognitiva, tales experiencias de aprendizaje se traducen en contingencias tipo “si-entonces” (Baldwin, Fehr, Keedian, Seidel y Thomson, 1993) que forman la base para predecir conductas futuras. Por ejemplo, los niños pueden pensar que *si* lloran, *entonces* se les cogerá, o contrariamente que *si* lloran, *entonces* serán desatendidos. Bowlby (1969/1982) propuso que, al final del primer año, los niños interiorizan estas primeras experiencias sociales y desarrollan modelos representacionales internos que son representaciones mentales basadas en dichas contingencias de aprendizaje. La interiorización permite que los niños formen conexiones entre los acontecimientos y los resultados para facilitar su comprensión y la predicción de cómo puede desarrollarse su mundo en el futuro. Debido a que la relación de apego proporciona una experiencia de aprendizaje fundamentalmente social, el niño llega a conocerse inicialmente en un contexto social, como entidad social. Así, la mayor parte de dicha experiencia de aprendizaje inicial gira alrededor de si el niño se siente atendido y querido o desatendido y no deseado por parte de su cuidador principal. “Así es probable que un niño no deseado no sólo se sienta no deseado por sus padres sino que crea que esencialmente es indeseable, es decir no deseado por nadie” (Bowlby, 1973, pág. 204). Lo contrario es cierto para el niño que se siente querido y que crece convencido de que, no sólo es querido por sus padres sino también por todos sus nuevos encuentros sociales que pensarán lo mismo.

De este modo, se empieza a desarrollar el fundamento de un autoconcepto o un modelo representacional del yo. De forma análoga al desarrollo del autoconcepto, el niño desarrolla un modelo representacional de los demás, que se ve influenciado por la habilidad del cuidador de responder consistentemente a las necesidades del niño y de proporcionarle un entorno psicológicamente rico y seguro en el que el niño pueda crecer. Además, los discursos relativos a las diferencias “naturales” entre niños y niñas entran en juego rápidamente, de manera que se empieza a tratar a las niñas de un modo diferente ya desde la tierna infancia (Thomas y Forehand, 1991); lo que también tiene un impacto sobre el desarrollo del modelo del yo.

Por tanto, Bowlby sugiere que los vínculos afectivos se desarrollan a través de un proceso sistémico de interacción entre el progenitor y el hijo. Ainsworth y col. (1978) demostraron elegantemente algunos de los procesos implicados en esta interacción de apego a través de su método de observación, la Situación Extraña. Demostraron que no sólo los niños empiezan a mostrar de manera consistente

distintas pautas de malestar debido a la separación y de protesta al volver a reunirse con sus madres, sino también que las madres muestran pautas muy coherentes en las interacciones con sus hijos durante el juego libre antes de la secuencia de separación y pautas para confortar al niño al volver a estar con él. Más recientemente, se ha demostrado que el estilo de juego de la madre y su estilo para responder al hijo puede predecir sus respuestas en la Entrevista del Apego Adulto (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). Por ejemplo, las madres de niños inseguros parecen menos sensibilizadas a las acciones y necesidades de sus hijos y son más lentas a la hora de responder a su malestar. A su vez, dichas madres informaron sobre experiencias similares con sus propias madres cuando eran pequeñas. También parece claro que no sólo son cruciales las experiencias de apego de las madres en el desarrollo de un estilo de apego seguro, sino que sus circunstancias actuales también son importantes. Tales factores reflejan lo que habían descrito anteriormente Brown y Harris (1978). Además, la habilidad de una madre al cuidar a su hijo se relaciona con su propia autoestima, incluyendo hasta qué punto se siente adecuada y a la altura de las expectativas de ser una “buena madre”. Herring y Kaslow (2002) describen una serie de investigaciones que demuestran que tener un cuidador depresivo (madre o padre) puede conducir a estilos de apego inseguros en los niños y añaden que, el peor impacto sería tener dos progenitores depresivos.

Una interpretación de la teoría del apego propone que la relación entre el principal cuidador y el niño puede derivar en cuatro estilos posibles de apego basados en la valoración de los modelos del yo y del otro que hace el niño (Bartholomew y Horowitz, 1991). Estos estilos de apego son: seguro (yo y otro positivos), evitativo-temeroso (yo y otro negativos), preocupado (yo negativo y otro positivo), y evitativo-rechazante (yo positivo y otro negativo). Seguramente los individuos procesan de manera diferente como consecuencia de los modelos representacionales que afectan al modo en que las personas perciben e interpretan la información, y también existen diferencias en el modo en que las personas hacen atribuciones sobre los acontecimientos en sus vidas. Además, debido a que el autoconcepto se va instaurando desde temprana edad, tales procesos pueden llegar a ser bastantes automáticos.

¿Por qué la figura de apego principal tiene un impacto tan duradero en los individuos? La respuesta a esta pregunta puede entenderse desde tres niveles de análisis:

- Factores evolutivos o individuales, lo que sugiere que el niño, en un sentido, está programado para formar vínculos estrechos que son vitales para la supervivencia; el período de dependencia es muy largo en los humanos.
- Factores familiares o interpersonales, lo que sugiere que en las familias se desarrollan fuertes conexiones emocionales a lo largo del tiempo y de forma mutua, a través de las cuales los progenitores no sólo satisfacen las

necesidades emocionales de sus hijos sino también al revés. La naturaleza de la sensibilidad de los padres en relación al hijo empieza a moldear su sistema de apego. A su vez, el estilo de apego en el desarrollo del niño llegará a influenciar las conductas de los padres. Por ejemplo, una madre que se está recuperando de una depresión postparto puede hallar dificultades para conectar con un niño que ha llegado a esperar de ella su no disponibilidad. La falta de respuesta del hijo puede llevarla a sentirse inadecuada, “una madre fracasada”, y puede llegar a sentirse molesta con el hijo o incluso rechazarlo.

- Los factores socioculturales son importantes en el desarrollo de la relación de apego entre los padres y los hijos, aunque a menudo no se tienen en cuenta. En la mayoría de culturas, las relaciones entre padres e hijos se definen como profundas y duraderas. Por otra parte, se nota cierta desaprobación si el progenitor o el hijo rompen con tales relaciones, y existe cierto sentimiento de pérdida compartida que fácilmente se comunica a los demás. Concretamente, las mujeres pueden sentir y experimentar críticas y marginación si no consiguen satisfacer las demandas de ser una “buena madre, amorosa, disponible, y autosacrificada”. Probablemente lo que ha cambiado en las sociedades occidentales modernas no es que ya no se espere de las mujeres que cumplan con este papel, sino que al mismo tiempo se espera de ellas que sean capaces de trabajar, o criar a sus hijos sin el apoyo de un padre, y en muchos casos sin una red de familia extendida.

Además de los factores individuales, familiares y culturales que actúan juntos para aumentar la fuerza y la duración de las relaciones entre padres e hijos, hay seis factores psicológicos fuertes que aseguran que las visiones que tienen los padres de los hijos sean duraderas. Se ha identificado que dichos factores tienen un impacto duradero hasta el punto que se aceptan o no se aceptan las evaluaciones de los demás (Gergen, 1971). Consideremos el rol y el poder del cuidador o progenitor en tales factores. Incluyen: la credibilidad y la personalidad del evaluador, es decir, hasta qué punto el evaluador se considera conocedor de las personas que está evaluando, así como sincero y sensibilizado. También tienen importancia la discrepancia entre la evaluación y la autopercepción (que en los pequeños y los niños aún no se halla completamente formada), el número de contactos con evaluaciones consistentes, la consistencia de la información y la connotación evaluativa. En conjunto, estos seis factores afectan a la probabilidad de que la visión de los demás hacia uno mismo sea añadida en la autopercepción. Lo que sugiere que las evaluaciones del cuidador principal tendrán un impacto profundo en cómo se percibe el yo. Además, probablemente la exposición continuada y durante largo tiempo a una visión concreta de uno mismo será fuertemente resistente al cambio, si no es inmutable (Gergen, 1971).

En reconocimiento al testimonio de Bowlby de que la conducta de apego marca a los seres humanos desde que nacen hasta que mueren, Hazan y Shaver (1987) llevaron la teoría del apego al campo de las relaciones románticas adultas. Desde entonces, los teóricos del apego han investigado frecuentemente las diferencias en el estilo de apego en contextos interpersonales cercanos, investigando diferencias, por ejemplo, en las expectativas sobre la pareja (Baldwin y cols., 1993), la regulación del afecto (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003), o la satisfacción en la relación y la estabilidad del estilo de apego (Fuller y Fincham, 1995). En estos estudios se halla implícita la influencia de los modelos representacionales del yo y del otro sobre las variables resultantes. Sin embargo, las investigaciones explícitas sobre el contenido y estructura de tales modelos son bastante escasas. Evocando a Mikulincer (1995), una comprensión detallada del modelo representacional del yo como función del estilo de apego es un área de investigación muy desatendida. Tal desatención resulta sorprendente ya que el autoconcepto es un importante procesador de información y los teóricos del apego argumentan que la relación entre el niño y el cuidador principal tiene un gran impacto sobre la formación de dicho procesador de la información.

El desarrollo del modelo representacional del yo

Así, como consecuencia directa de la relación primaria, los modelos prototípicos del yo y del otro se desarrollan como representaciones cognitivas internas, cuya característica fundamental es hasta qué punto los modelos contienen información positiva o negativa. Mikulincer (1995) encontró apoyo en una muestra de adultos a la idea de que el autoconcepto presenta un valor diferenciado como función del estilo de apego. Los individuos ansioso-ambivalentes (preocupados) presentaban más rasgos negativos y menos rasgos positivos en sus descripciones que los individuos seguros y evitativos (rechazantes). En otras palabras, los individuos ansioso-ambivalentes se describían más negativamente que los individuos seguros y evitativos. Llegar a verse uno mismo de modo negativo es una internalización de la visión percibida de otro, particularmente del cuidador principal (Bowlby, 1969/1982). Tener una visión negativa del yo va ligado a un rechazo anticipado de los demás. Tal anticipación, a su vez, probablemente llevará a los individuos a comportarse de una manera que provocará el rechazo en los demás, por ejemplo, al ser demasiado exigentes. El rechazo de los demás refuerza la autopercepción negativa y así continua el ciclo.

Mikulincer ha mostrado que el autoconcepto difiere en el estilo de apego en el número de rasgos positivos y negativos que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Crittenden (1995) ha sugerido otra diferencia en el modo en que puede organizarse el autoconcepto. Propuso que los modelos representacionales se dicotomizan en componentes afectivos y cognitivos porque se ven gobernados por sistemas cerebrales separados; el afecto se asocia al sistema límbico, que funciona

desde el nacimiento, y la cognición se asocia con la corteza cerebral, que madura después del nacimiento. Crittenden también sugirió que los individuos con diferentes estilos de apego o bien aprenden los poderes predictivos tanto del afecto como de la cognición (apego seguro), o bien dependen demasiado del sistema afectivo (preocupado o ansioso-ambivalente) o del sistema cognitivo (evitativo-rechazante) como consecuencia de las interacciones con el cuidador principal.

Por ejemplo, consideremos la situación en que un niño está asustado y empieza a llorar. Si la consecuencia del llanto es la consistente recepción de consuelo por parte del cuidador, entonces es probable que el niño llegue a reconocer la relevancia de su respuesta emocional. En otras palabras, el niño aprende que, cuando se asusta, es necesario reconocer el miedo y expresarlo con el llanto, porque esto indica a los demás una necesidad del niño de sentirse consolado. Habitualmente para estos niños, el llanto es una solicitud de consuelo (para el niño seguro). Consideremos una situación alternativa en la que se rechaza o no se hace caso de la señal de malestar del niño (es decir, el llanto). Las consecuencias para este niño son que los poderes de la comprensión y de la expresión del afecto se ven altamente reducidos; además, los niños aprenden que la expresión del afecto tiene consecuencias negativas y es contraproducente (evitativo-rechazante). Otra situación posible es cuando los niños reciben respuestas intermitentes con el resultado de que llegan a entender y valorar la expresión afectiva, pero son incapaces de fiarse de la información basada en reglas debido a las respuestas inconsistentes de sus cuidadores. En otras palabras, en la última situación, los niños se hallan ante un programa impredecible de refuerzo que sirve para reforzar las manifestaciones afectivas con la consecuencia de que tales manifestaciones se presentan más frecuentemente (preocupado o ansioso-ambivalente).

Mikulincer (1995) confirmó en una muestra de adultos las sugerencias de Crittenden. Investigó la composición de los modelos representacionales del yo, utilizando el sistema de clasificación del apego de Hazan y Shaver (1987). Al preguntarles que diferenciaban entre los atributos que componían su autoconcepto, su muestra de individuos ansioso-ambivalentes utilizó consistentemente el afecto como un principio organizativo rector, por ejemplo, utilizando etiquetas como “mis rasgos buenos” o “mis rasgos malos” en oposición a temas no afectivos para su autoimagen por ejemplo, “mis cualidades como amigo”. Los participantes seguros y evitativos clasificaron los autoatributos en más categorías diversas, y utilizaron menos temas afectivos como principio organizador.

La importancia de un ambiente óptimo en el que desarrollar los modelos representacionales del yo y los demás ha sido por tanto demostrada. Cualquier pauta no presente o inconsistente adquirida en la niñez será probablemente transferida a la adolescencia y después a la edad adulta hasta cierto punto, y presumiblemente tendrá consecuencias para todas las interacciones sociales a lo largo del viaje a través del desarrollo. En otras palabras, la influencia temprana sobre la composición

de los modelos representacionales presenta la posibilidad de poseer un impacto crónico sobre todas las relaciones futuras, incluyendo la relación del individuo consigo mismo. Así, parece que cuanto antes se forman estos modelos desadaptativos del yo y del otro, más se ensayan las estrategias de procesamiento desadaptativas y más grande resulta el impacto sobre la interpretación de toda la información relevante del yo y los acontecimientos que le siguen. Tal argumento da credibilidad a la sugerencia de Cicchetti y Toth (1988) de que la organización depresógena de los sistemas que componen el yo evoluciona con el desarrollo.

Primeras experiencias de apego y la organización depresógena del yo

Bowlby (1969/1982) ofrece una visión sugerente de cómo la representación del autoconcepto puede desarrollarse como una estructura adaptativa o bien como una estructura depresógena como consecuencia de las primeras experiencias de apego. A finales de los años cuarenta, Bowlby y Robertson empezaron su investigación sobre el impacto en el desarrollo de la personalidad del niño después de verse separado de la figura materna en la temprana infancia. Los investigadores no sólo quedaron asombrados por la profunda pena y malestar que tales niños parecían experimentar al estar lejos de casa, sino también por la profundidad y duración del malestar de los niños después de haber vuelto a casa.

Bowlby y Robertson (Bowlby, 1969/1982) observaron una pauta bastante típica de conductas en los niños que habían sido dejados en centros de acogida institucional por largo tiempo. En principio, respondían protestando por la separación. Sería interesante entender si desde una edad temprana dicha protesta sucedía y o recibía distinta respuesta en niños y en niñas. ¿Se encerraban las niñas y se enfurecían los niños? ¿Recibían abrazos las niñas y regañinas los niños? Una vez que los niños del estudio de Bowlby y Robertson se daban cuenta de que las protestas no tenían el efecto deseado del regreso de la madre con ellos, parecían mostrar sentimientos de desespero, en proporción parecida a un proceso de duelo. Finalmente, los niños empezaban a dar muestras de desapego, dejando de mostrar los tipos de conductas que previamente podrían haber animado a un posible cuidador a interactuar con ellos.

Bowlby y Robertson concluyeron que el desarrollo de la personalidad de los niños se había vuelto vulnerable a un desarrollo patológico cuando se les había separado de la figura materna durante períodos de tiempo extensos, particularmente si alguien no había actuado como una figura materna sustituta durante el período de separación. Entre las alteraciones que podían desarrollarse en la edad adulta como resultado de tal experiencia de separación en la niñez, Bowlby y Robertson incluyeron las siguientes: una tendencia a hacer exigencias excesivas y poco realistas a los demás, y una tendencia a sentirse ansioso y furioso cuando tales exigencias no se satisfacían, o bien retraso en la habilidad para formar relaciones profundas y satisfactorias con los demás en el futuro. Después de observar tales

conductas, Bowlby empezó a mirar de entender los procesos subyacentes al efecto perturbador de la separación entre el niño y su principal cuidador sobre el desarrollo de la personalidad.

Aunque, como teórico, las raíces de Bowlby eran psicoanalíticas, a diferencia de anteriores psicoanalistas como Freud (1945), Bowlby empezó su observación en el lugar de un acontecimiento traumático (es decir, la separación) y siguió su rastro hacia delante en vez de empezar con un problema clínico adulto y trabajar hacia atrás para entender qué podría haber contribuido al desarrollo de los síntomas. Otra característica asombrosa del trabajo de Bowlby es su observación de cómo otras especies animales se comportan cuando forman y rompen vínculos sociales. Es a través de la observación de animales que es posible profundizar sobre cuáles son las características del vínculo humano que pueden ser innatas y por tanto de importancia biológica para la supervivencia del individuo y la evolución de la especie. Asimismo, esta perspectiva etológica nos proporciona una visión sobre qué procesos pueden ser específicos del vínculo humano y sus consecuencias, y por tanto qué influencias culturales o sociales pueden afectar a tales procesos.

Bowlby (1969/1982) reconoció cinco conductas en niños que tenían importancia para el desarrollo del apego con un cuidador. Eran las siguientes: succionar, agarrarse, seguir, llorar y sonreír, que aparecían como pautas bastante estables de conductas de apego ya en el segundo año de la vida del niño. Bowlby observó, en la mayoría de niños de 24 meses, la integración de sistemas conductuales que tenían relación con el apego. En otras palabras, dichas pautas de apego se establecían preoralmente en niños, lo que resulta alarmante para los niños que no crecen en entornos seguros y cariñosos. Bowlby (1969/1982) también notó que, hasta que cumplían los tres años, las conductas de apego se activaban fácilmente en la mayoría de niños; después de esta edad, las conductas se mostraban menos rápidamente, ya que la necesidad de los niños de proximidad al cuidador era menor. Las conductas de apego también se mostraban de modos diferentes en respuesta a la maduración biológica y psicológica. Bowlby (1969/1982) observó que la mayoría de niños tendía a reducir la manifestación de conductas de apego después de los 36 meses, siendo algunas conductas de apego dirigidas a diferentes figuras al crecer el niño. Bowlby (1969/1982) observó, por ejemplo, que durante la infancia tardía, en momentos de malestar, un niño buscaba frecuentemente el consuelo y la proximidad de un igual en vez del cuidador.

Investigaciones recientes (Wilkinson y Watford, 2001) han demostrado que aunque las conductas de búsqueda de proximidad en los adolescentes pueden cambiar de padres hacia iguales, las relaciones de apego con los progenitores siguen teniendo gran impacto sobre la salud psicológica de los adolescentes. Lo que sugiere que la visión de los progenitores sobre el adolescente o su interacción con él tiene una incidencia importante sobre la autoestima de los adolescentes. Allen y Land (1999) sugieren que, aunque el apego en la adolescencia puede parecerse más

a un distanciamiento de los padres que un acercamiento seguro a ellos, posiblemente esto tenga lugar sobre un trasfondo de seguridad entre padres y adolescentes. Sugieren también que una función central de los cuidados del progenitor es facilitar que los adolescentes afronten y gestionen afectos aparentemente intolerables. En otras palabras, la relación proporciona una base segura sobre la que entender, ensayar y gestionar el fuerte afecto que puede asociarse a la gestión de nuevas relaciones, vivir como un adulto autónomo, y quizás convertirse ellos mismos en figuras de apego. En un estudio posterior, Allen y cols., (2003) demostraron que los adolescentes seguros eran capaces de utilizar estrategias de mantenimiento de relaciones cuando mantenían desacuerdos con sus madres. En otras palabras, los adolescentes seguros eran capaces de utilizar la empatía y validación mutua cuando debatían visiones diferentes a las de sus madres, ya que se sentían seguros de que dichas estrategias de mantenimiento de relaciones al final no comprometerían sus relaciones. Esto puede resultar particularmente difícil para los adolescentes que no han desarrollado una confianza suficiente en la seguridad de sus relaciones con los padres, lo que quizás pueda dejar a estos adolescentes inseguros con una mala preparación para dirigir estados emocionales complejos y desarrollar estrategias para corregir objetivos.

Más adelante en el desarrollo, en la adolescencia tardía y en la temprana edad adulta, la atracción sexual añade un matiz diferente a la imagen siempre cambiante del apego. Como evidencia de la transferencia de las conductas de apego de cuidador a iguales, Bowlby (1969/1982) centró la atención sobre la conducta de los adultos enfermos o alterados. Observó que las conductas de apego de los adultos se veían rápidamente activadas por tales circunstancias; se volvían más exigentes con los demás, y muy a menudo tendían a buscar la proximidad de otra persona conocida y fiable.

La influencia del género en el apego

La influencia del género sobre los sistemas de apego es interesante. Durante los intercambios entre el cuidador y el niño, uno de los primeros acontecimientos que los jóvenes aprenden sobre ellos mismos es si son niños o niñas. Por ejemplo, se les dice que son buenos chicos o chicas guapas. Así, gran parte de la interacción de apego entre el cuidador y el niño incluye información sobre el género y conductas de género apropiadas. Además, como el pensamiento de los niños es muy concreto cuando son jóvenes, muy a menudo sus autodescripciones incluyen el género como una información importante y definitoria. ¿Por qué se da esto si no es para diferenciar entre discursos culturales sobre las conductas socialmente apropiadas para las chicas y los chicos? En la cultura occidental, dichas diferencias son quizás más sutiles ahora que en el pasado. Sin embargo, cuando se oye hablar de asesinatos o de asesinos de niños, la sociedad en conjunto parece más indignada si el responsable es una mujer en vez de un hombre. Siguen existiendo aún más

realidades sutiles. Consideremos las expectativas en la crianza de los hijos. Se encuentra implícito en nuestra cultura que se trata de un tema femenino. Aunque pueda ser pura biología, se halla también explicitado en nuestras leyes; la diferencia entre las bajas de maternidad y paternidad son un pequeño ejemplo de ello.

Además, dadas las diferencias de género, ¿qué importancia tiene si las conductas de apego se trasladan de los padres a los iguales? Para entender mejor el impacto que tiene la transferencia de las conductas de apego sobre los jóvenes, es importante conocer las diferencias en los tipos de amistades que desarrollan chicos y chicas. ¿Utilizan los chicos a sus amigos de un modo diferente que las chicas? Por ejemplo, ¿actúan los chicos según los estereotipos y compiten en vez de hablar sobre sus sentimientos? Si es así, ¿quién se ocupa del bienestar emocional de los chicos? Del mismo modo, existe un alto grado de censura sobre las chicas si exteriorizan sus emociones y son agresivas. ¿Adónde va la furia de las chicas? Parece que la sintomatología depresiva como las autolesiones, trastornos alimentarios y la ansiedad se dan más en chicas, y las manifestaciones agresivas y la conducta delictiva se dan más en chicos (p. ej., Block y cols., 1991). ¿Es por eso que las mujeres en nuestra cultura presentan depresión más a menudo, y los hombres se encuentran en prisión más a menudo?

La depresión adolescente: ¿recibe apoyo de la literatura la tesis de Bowlby?

Al argumentar que las primeras experiencias de apego establecen el fundamento para el yo en desarrollo, es importante observar que las experiencias de apego inseguras no “causan” sencillamente depresión, establecen una vulnerabilidad respecto a problemas emocionales. Dicha vulnerabilidad se ve, a su vez, moldeada por una variedad de factores, sobre todo las funciones socioculturales y las expectativas asociadas con el ser hombre o mujer. Otro modo de entenderlo es argumentar que el alcance de las características depresivas puede verse altamente subestimado en los chicos adolescentes que superficialmente muestran trastornos de la conducta en vez de depresión. De hecho, la investigación (Houston, 1998) y la experiencia clínica de los autores sugieren que muchos (si no la mayoría) de hombres jóvenes que entran en contacto con servicios para los jóvenes delincuentes presentan signos claros de depresión, incluyendo una extremadamente baja autoestima, conductas autodestructivas como el consumo de alcohol y drogas, y ponerse en situaciones en las que se exponen a ataques violentos. Por tanto, aunque las primeras relaciones de apego puedan construir la base o establecer una predisposición a la psicopatología en la vida posterior, una multiplicidad de factores, sobre todo factores socioculturales, configuran la naturaleza de las identidades psicopatológicas que aparecen.

Lo que es más importante, el impacto de una organización depresógena del autoconcepto no sólo tiene impacto sobre el yo como intérprete de información y acontecimientos, sino que también tiene importantes consecuencias para la

interacción social. A algunos individuos les puede resultar más difícil que a otros formar redes de amigos, o encontrar personas en quienes confiar. Está bien documentado que el apoyo social que se percibe actúa como un amortiguador contra los acontecimientos estresantes (Pierce y Sarason, 1990); así algunos individuos no sólo se hallan incapacitados por sus propias autopercepciones negativas, sino que también deben hacer un gran esfuerzo para encontrar apoyo en los demás porque su autopercepción negativa o su falta de confianza en los otros frustra su capacidad de percibir que sus redes sociales les apoyan. Esto presenta graves implicaciones para el desarrollo de síntomas depresivos. Una explicación del impacto del género sobre el desarrollo de amistades y la búsqueda de apoyo parece crucial para mejorar nuestra comprensión. De hecho, Kobak y Sceery (1988) demostraron que los adolescentes inseguros sí que presentan más dificultades para hacer y mantener amistades en comparación con los adolescentes seguros. Este efecto, ¿es diferente para chicos y chicas?

Blatt (1974) adoptó el marco del apego en su intento de entender la depresión adolescente, argumentando que las dificultades surgen de uno de dos orígenes posibles; los adolescentes se deprimen porque tienen dificultades para mantener una autopercepción positiva, o bien tienen miedo a ser abandonados. La idea de que los adolescentes tengan miedo a ser abandonados encaja bien con la investigación de Torquati y Vazsony (1999). Estos autores encontraron que las adolescentes inseguras tenían más posibilidades que las adolescentes seguras de evitar situaciones conflictivas, porque entrar en conflictos podía acabar provocándoles el ser abandonadas o excluidas. Las chicas inseguras también tenían más posibilidades que las adolescentes seguras de percibir situaciones conflictivas como muy amenazantes. Además, Torquati y Vazsony hallaron que las chicas inseguras tenían más posibilidades que las adolescentes seguras de utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones en vez de utilizar más estrategias de resolución de problemas. Este método para tratar las situaciones parece mantener las dificultades en vez de resolverlas, porque el conflicto de hecho no se llega a tratar ni a resolver. Al contrario, hay una tendencia a preocuparse y hablar del conflicto sin tratarlo y por tanto no se llega nunca realmente a un final en relación al conflicto.

Cooper, Shaver y Collins (1998) nos proporcionan más pruebas de que los adolescentes con diferentes estilos de apego difieren en su habilidad de regular las emociones y enfrentarse a los retos de la vida de modo adaptativo. Demostraron que, en comparación con adolescentes seguros y evitativos, los adolescentes ansioso-ambivalentes tenían más posibilidades de deprimirse, comportarse de modo hostil y tener un rendimiento escolar pobre. Además, debido a que tenían relativamente más implicación social que los individuos evitativos, presentaban más posibilidades de consumir sustancias y tener relaciones sexuales en una edad temprana. Este dato plantea el interesante argumento de que quizás el estilo de apego evitativo puede actuar como factor de protección durante la adolescencia, ya que ayuda a

estos adolescentes a no recurrir a experimentaciones que pueden dañarles. O bien, es posible que el adolescente evitativo ligado por las reglas se vea protegido hasta llegar a un período de mayor independencia, y que la experimentación tenga lugar a los veinte años y no en la adolescencia.

Diferencias de género en la depresión

Resulta interesante que la predominancia de la depresión cambie de chicos a chicas después de la pubertad (Flemming, Offord y Boyle, 1989). Este dato encaja bien con la investigación que muestra que la incidencia de la depresión es mayor en las mujeres adultas que en los hombres adultos. Aunque no es objetivo del presente artículo la revisión exhaustiva de la literatura sobre la depresión adulta, se trata de una estadística que no debemos olvidar. Los investigadores necesitan establecer si la mayor incidencia de la depresión en las mujeres, después de la pubertad, se debe a diferencias biológicas o de socialización entre hombres y mujeres. Una manera de entender el impacto de la socialización sería llevar a cabo estudios longitudinales y estudios transculturales en culturas en que los chicos y las chicas experimenten distintos niveles de autonomía y poder. Por ejemplo, cuando Brown y colaboradores elaboraron un amplio estudio sobre la depresión a principios de los setenta, las mujeres y los hombres en general vivían de modo muy diferente a como viven en la actualidad.

Sin embargo, aunque hoy hay más mujeres con estudios y carreras que antes, y muchas más libertades sociales, y más autonomía y elecciones que nunca, parece que tales cambios sociales no han coincidido con una reducción en los niveles de depresión en las mujeres. Diferentes investigadores (Bebbington, 1998; Kessler y McLeod, 1984; Nazroo, Edwards y Brown, 1997) han sugerido que no es el aumento de autonomía lo que es importante. Al contrario, sus estudios demostraron que se trata de la construcción social de los roles lo que parece incidir en la predominancia creciente de la depresión en las mujeres en comparación con los hombres. Por ejemplo, Kessler y McLeod (1984) observaron que las mujeres se implican más emocionalmente en las vidas de los demás, y es esta mayor exposición al estrés que se convierte en un “coste emocional del cuidado” lo que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión en comparación con los hombres. Más recientemente, Nazroo y colaboradores (1997) demostraron que las mujeres todavía tenían más responsabilidad en las tareas domésticas y el cuidado de los niños que los hombres. Bebbington (1998) argumenta que casi toda conducta humana tiene relación con el género y sugiere que los hombres y las mujeres difieren en la variedad y estatus de los roles en que se implican, y también encuentran diferentes tipos de satisfacción en ellos. A primera vista, estos datos sugieren que de hecho no ha habido muchos cambios desde las conexiones originales de Brown y colaboradores en los setenta.

Propuesta de modelo

A lo largo del presente artículo, hemos llevado el género desde la periferia al centro del escenario en el drama de la depresión adolescente. En congruencia con investigadores anteriores (Chodorow, 1978; Erikson, 1950; Gilligan, 1982; Kobak y Cole, 1994), defendemos que la adolescencia puede ser un período vulnerable para los jóvenes precisamente porque se enfrentan a una gran variedad de presiones, incluyendo los cambios fisiológicos, cambios en las relaciones familiares y cambios sociales. Tales cambios han ido emergiendo desde la niñez. Empiezan a fusionarse en la adolescencia, siendo probablemente el cambio más importante y profundo la adopción de identidades adultas y la negociación de los roles de género emergentes. A veces les parece sorprendente a las jóvenes de la sociedad contemporánea que los roles de la mujer sigan implicando una expectativa de cuidado, no sólo de sus propios hijos sino también de sus padres en su edad anciana. Esta expectativa de continuada conexión debe causar un impacto o cambiar sus pautas de apego e identidades, tanto en su desarrollo como en su mantenimiento. Además, esta expectativa de conexión encaja con la idea de que las mujeres tienen más posibilidades de desarrollar una depresión ya que es precisamente esta condición (es decir, la falta de autonomía y libertad) la que se asocia con los apegos inseguros, particularmente ansiosos, y las personas que tienen más posibilidades de deprimirse (Carnelley, Pietromonaco y Jaffe, 1994). De hecho, debido a las responsabilidades asistenciales que deben llevar a cabo, incluso las mujeres evitativas, en comparación con los hombres, tienen menos oportunidad de escapar de apegos difíciles con sus padres. La expectativa menor sobre los hombres de seguir conectados con los padres significa que pueden desligarse de dolorosos apegos inseguros con mayor frecuencia que las mujeres. Muchas mujeres en instituciones sanitarias se quejan de tener una relación muy difícil con sus madres. Aún así, sienten que es parte de su papel como buena madre, esposa e hija seguir implicadas con sus padres. Posiblemente sea este continuo recordatorio de apegos emocionalmente dolorosos, sin la posibilidad de liberarse de ellos, lo que conduzca a una depresión. De hecho, la depresión puede ser también uno de los pocos síntomas legítimos que las mujeres pueden mostrar en contraste con la violencia y la rabia. Se puede considerar que la depresión esconde un daño profundo y sentimientos de rechazo de los padres; puede convertirse en una protesta silenciosa que libera a la hija de las responsabilidades de cuidado, debido a su propia incapacidad. ¿A qué coste personal? Durante la adolescencia, las jóvenes quizás empiezan a reconocer que se hallan atrapadas por estas expectativas de género. Así, proponemos que en la comprensión de la depresión en los adolescentes, es importante mirar a los individuos y sus experiencias y estrategias de apego. Sin embargo, tal observación sin considerar la construcción social del género en nuestra cultura sería como olvidar una pieza importante del rompecabezas. Tenemos todavía mucho que aprender sobre las manifestaciones de malestar de los hombres y las mujeres, y más aún sobre entender y cambiar estas

experiencias a nivel individual y cultural.

Resumen y propuestas de investigación futura

La literatura sobre el apego y la depresión es muy extensa. La investigación sobre la relación entre la teoría del apego y las experiencias adolescentes de depresión está en aumento. Dado este crecimiento de interés, no obstante, hay algunos puntos a considerar. Como ya se ha mencionado, anteriores investigadores interesados en la depresión adolescente debatieron vigorosamente sobre la existencia de tal dificultad en los jóvenes, argumentando algunos que el yo joven no estaba lo suficientemente desarrollado para experimentar la depresión (Rochlin, 1959) y otros que la experiencia de la depresión era posible en jóvenes, pero que los síntomas aparecían enmascarados (Frommer, 1968; Glaser, 1967). Además, otros autores como Angold (1988); Harrington (1990) y Rutter (1988) opinaban que existe cierta congruencia entre las experiencias adolescentes y adultas de la depresión. Para los profesionales sanitarios que trabajan con adolescentes, no hay duda de que algunos adolescentes presentan realmente depresión grave; queda por aclarar si esta depresión es cualitativamente diferente de la depresión adulta. Parece, por tanto, que para continuar con la investigación sobre la depresión adolescente, debe llegarse a una resolución de tales perspectivas diferentes.

Además, entre los investigadores del apego, existe un creciente interés en entender las conexiones entre las estrategias de apego y las dificultades que presentan algunas poblaciones clínicas (Mikulincer y cols., 2003; Wallis y Steele, 2001). Mikulincer y colaboradores (2003), en concreto, defienden la adaptación de intervenciones terapéuticas según las estrategias de apego de las personas. Además, aparece una pregunta interesante en relación a cómo y bajo qué circunstancias las personas inseguras son capaces de gestionar su evitación y ansiedades, y en qué etapa tales capacidades se estropean y se convierten en problemas que requieren una intervención clínica.

Las dudas que quedan sugieren que hay un excitante futuro para la investigación de la depresión en general, y la investigación sobre la depresión adolescente en particular. Por ejemplo, sería interesante e importante tener más conocimientos sobre cuanta influencia ejercen las primeras experiencias de apego sobre el desarrollo del autoconcepto, y si tal influencia provoca cambios inmutables en la biología, o en la estructuración del autoconcepto, o si hay cambios mutables en el procesamiento de la información autorelevante a consecuencia de las primeras experiencias de apego. La habilidad de regular el afecto, piedra angular de la teoría del apego, puede tener mucha importancia. Quizás sea una combinación de lo inamovible y lo cambiante. De todos modos, sean cuales sean los resultados, una mejor comprensión de la depresión adolescente y del impacto del género en su expresión representará un profundo avance, tanto sobre la medicación como las terapias, y en el mejor de los casos aliviará una parte del malestar que padecen los

Las ideas de Bowlby (1969/1982) sobre el apego como un sistema interactivo nos proporcionan la base para entender el desarrollo de los modelos de funcionamiento adaptativos y desadaptativos del yo y el otro. Más concretamente, la teoría del apego puede ofrecernos una comprensión detallada del desarrollo de un autoesquema depresógeno. La teoría del apego se sitúa junto a la investigación sobre la depresión adolescente, para ilustrar la importancia de la relación de apego primaria a la hora de proteger a los adolescentes en nuestra sociedad contra el desarrollo de sintomatología depresiva. Así, se considera la investigación actual sobre la depresión adolescente a través de la lente de la teoría del apego. Dicha visión se complementa con una exploración sobre el papel de la cultura en la producción de las diferencias de género en la depresión. Así, se ofrece un modelo tripartito de la depresión adolescente, que incluye el individuo, las relaciones familiares y los factores socioculturales, y que puede presentar un valor potencial para los profesionales de la salud e investigadores en esta área.

Palabras clave: Adolescentes, depresión, apego, cultura, género

Traducción revisada y supervisada por:
Francisco Sanchis

Nota editorial:

Este artículo apareció con el título “Attachment and adolescent depression: The impact of early attachment experiences” en *Attachment & Human Development*, December 2005; 7(4): 409–424. Agradecemos a los autores el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ALLEN, J. P., & LAND, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319 – 335). New York: Guilford.
- ALLEN, J. P., MCELHANEY, K. B., LAND, D. J., KUPERMINC, G. P., MOORE, C. W., O' BEIME-KELLY, H., et al. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in mother–adolescent relationship, *Child Development*, 74, 292-307.
- ANGOLD, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I: Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J., ERKANLI, A., & WORTHMAN, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, 29, 1043-1053.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistics manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC: Author.
- BALDWIN, M. W., FEHR, B., KEEDIAN, E., SEIDEL, M., & THOMSON, D. W. (1993). An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19, 746-754.
- BARLOW, D. H., DINARDO, P. A., VERMILYEA, J., & BLANCHARD, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 63-72.
- BARTHOLOMEW, K., & HOROWITZ, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BEBBINGTON, P. E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- BEBBINGTON, P. E., BRUGHA, T., MACCARTHY, B., et al. (1988). The Camberwell Collaborative Depression Study. I: Depressed probands: Adversity and the form of depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 754-765.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- BIRMAHER, B., RYAN, N. D., WILLIAMSON, D. E., & BRENT, D. A. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- BLATT, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- BLOCK, J., GJERDE, P. F., & BLOCK, J. H. (1991). Personality antecedents of depressive tendencies in 18-year-olds: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 726-738.
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment (2nd ed.). New York: Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2: Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.
- BROWN, G. W., & HARRIS, T. (1978). Social origins of depression. London: Tavistock.
- CAMELLEY, K. B., PIETROMONOCO, P. R., & JAFFE, K. J. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- CHODOROW, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- CICCHETTI, D., & TOTH, S. L. (1988). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- COLE-DETKE, H., & KOBAC, R. R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- COOPER, M. L., SHAVER, P. R., & COLLINS, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397.
- CRITTENDEN, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 367 – 406). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- ERIKSON, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- FAIRBURN, C. G., & BROWNELL, K. D. (2002) *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford.
- FLEMMING, J. E., OFFORD, D. R., & BOYLE, M. H. (1989). Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario child health study. *British J. Psychiatry*, 155, 647-654.
- FROMMER, E. A. (1968). Depressive illness in childhood. In A. Coppen & A. Walk (Eds.), *Recent developments in affective disorders*. Ashford: Headley Brothers.
- FREUD, S. (1945). *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton.
- FULLER, T. L., & FINCHAM, F. D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and method of assessment. *Personal Relationships*, 2, 17-34.
- GERGEN, K. J. (1971). *The concept of self*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GLASER, K. (1967). Masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 565-574.
- GOODYER, I. M., HERBERT, J., TAMPLIN, A., & ALTHAM, P. M. E. (2000). Recent life events, cortisol, dihydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 177, 499-504.

- HARRINGTON, R. C. (1990). Depressive disorder in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 108-112.
- HAZAN, C., & SHAVER, P. (1987). Romantic love conceptualised as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HERRING, M., & KASLOW, N. J. (2002). Depression and attachment in families: A child-focused perspective. *Family Process*, 41, 494-518.
- HOUSTON, J. (1998). Making sense with offenders. Wiley: Chichester.
- KESSLER, R., & MCLEOD, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- KLERMAN, G. K., & WEISSMAN, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- KOBAK, R., & COLE, H. (1994). Attachment and meta-monitoring: Implications for adolescent autonomy and psychopathology. In D. Cicchetti & S. C. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- KOBAK, R. R., & SCEERY, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- KOVACS, M. (1996). Depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- LEWINSOHN, P. M., HOPS, H., ROBERTS, R. E., SEELEY, J. R., & ANDREWS, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- MAIN, M., KAPLAN, N., & CASSIDY, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).
- MIKULINER, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.
- MIKULINER, M., SHAVER, P., & PEREG, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- NAZROO, J. Y., EDWARDS, A. C., & BROWN, G. W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.
- PAYKEL, E. S., MYERS, J. K., DIENELT, M. N., KLERMAN, G. L., LINDENTHAL, J. J., & PEPPER, M. P. (1969). Life events and depression: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753-760.
- PIERCE, G. R., & SARASON, B. R. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- ROCHLIN, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316.
- ROHDE, P., LEWINSOHN, P. M., & SEELEY, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression. II: Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- ROTHENBERG, A. (1988). Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: A review of 11 studies. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 427-432.
- RUTTER, M. (1988). Depressive disorders. In M. Rutter, A. H. Tuma, & I. S. Lann (Eds.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. New York: Guilford.
- RUTTER, M., TIZARD, J., & WHITMORE, K. (1970). Education, health and behaviour. London: Longman.
- SPITZ, R. (1946). Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- THOMAS, A. M., & FOREHAND, R. (1991). The relationship between paternal depressive mood and early adolescent functioning. *Journal of Family Psychology*, 4, 260-271.
- TORQUATI, J. C., & VAZSONY, A. T. (1999). Attachment as an organisational construct for affect, appraisals, and coping of late adolescent females. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 545-562.
- TRAD, P. V. (1986). *Infant depression*. New York: Springer-Verlag.
- WALLIS, P., & STEELE, H. (2001). Attachment representations in adolescence: Further evidence from psychiatric settings. *Attachment and Human Development*, 3, 259-268.
- WEISSMAN, M. M., & KLERMAN, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 156-182.
- WETZEL, J. W. (1994). Depression: Women at risk. *Social Work Health Care*, 19, 85-108.
- WILKINSON, R. B., & WALFORD, W. A. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 473-484.

APEGO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA: SU RELACIÓN CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

Francisco Sanchis Cordellat*(**) y Lluís Botella García del Cid*

* FPCEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull

**FCSV. Universidad Pompeu Fabra

E-mail: fransanchis@yahoo.es

Depressive symptomatology is currently as high as 10% to 20% among adolescents. This kind of suffering may have an influence in psychological development. This paper examines the relationship between styles of attachment, depressive symptomatology and negative life events. Indeed, it also studies the importance of age and gender on the abovementioned variables. The sample comprises 312 schooled adolescents whose ages are between 14 and 18. Results show that there is a significant connection between cold and abusive styles of attachment, depressive symptomatology and life events. This is consistent with the literature on this topic. The results that have been obtained in the present study also demonstrate that there is a positive correlation between the number of negative life events experienced and depressive symptomatology.

Key words: adolescents, depression, styles of attachment, life events

INTRODUCCIÓN

El primero en desarrollar una **teoría de apego** fue John Bowlby (1969), quien intentó mezclar los conceptos provenientes de la etología, del psicoanálisis y de la teoría general de los sistemas (Fonagy, 2004; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003) para explicar el lazo emocional del hijo con la madre (Aizpuru, 1994). El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Unos años más tarde, Ainsworth y cols., (1978) diseñaron una situación experimental, *la Situación del Extraño*, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación que le permitieron

describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos **estilos de apego** establecidos:

En el *apego seguro* aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. Para Aizpuru (1994) un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).

En el *apego inseguro-evitativo*, el niño muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004). Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). Respecto a las conductas maternas, Aizpuru (1994) nos dice que las madres de niños con estilo inseguro-evitativo pueden ser sobreestimulantes e intrusivas.

En el *apego inseguro-ambivalente* el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el de no estar siempre disponibles.

Posteriormente Main y Solomon (1986) propusieron un cuarto tipo denominado *apego desorganizado-desorientado* que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos y que inicialmente eran conside-

rados como inclasificables. Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). En su revisión del tema, Botella (2005) destaca que estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales.

Tanto Bowlby (1989) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Este enfoque fenomenológico contempla como factores fundamentales los esquemas emocionales en la misma línea y compatible con el modelo cognitivo. Así, las primeras relaciones afectivas pueden conformar los esquemas mentales que moldean las experiencias y a partir de los cuales se producen las diferentes respuestas emocionales propias de cada persona (Botella, 2005). De forma parecida, Beck (1976) argumenta que la naturaleza de la respuesta emocional depende del *investment* de valor de los acontecimientos y de su conexión a su significado personal. Es por ello que la psicopatología está relacionada con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y tratar con sus sentimientos y necesidades primarias a lo largo de su desarrollo, y no con las necesidades neuróticas (Botella, 1994).

En relación a los **acontecimientos vitales**, sabemos que las personas con estilo de apego seguro realizan una búsqueda activa de información, están abiertos a ella y poseen estructuras cognitivas flexibles ya que como su nivel de ansiedad es mínimo, son capaces de incorporar nueva información, aunque esto les lleve a períodos momentáneos de confusión, pues son capaces de reorganizar sus esquemas (Botella, 2005; Oliva, 2004). Esta capacidad les permite ajustarse de manera adecuada a los cambios del ambiente, a enfrentarse a los acontecimientos adversos, a proponerse metas realistas y a evitar creencias irracionales. Las personas con estilo de apego evitativo rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas. Las personas ansiosas-ambivalentes también muestran este comportamiento, pero a diferencia de los evitativos, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos les llevan a alejarse de ella (Mikullincer, 1997).

Sobre la posibilidad de cambios de los estilos de apego, éste parece requerir la combinación de nuevas experiencias relacionales y nuevas formas de interpretarlas (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996) tal y como hemos comentado anteriormente. De esta manera aquellas personas con un estilo de apego seguro tienden a desarrollar modelos mentales de sí mismos como amistosos, afables y capaces, y de los otros como confiables y bien intencionados (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003, Bowlby, 1990). Anteriormente, Slade (1987) mantenía que el apego seguro en la infancia era predictor de una buena interacción entre el niño y la figura parental a corto plazo, sin olvidar que los apegos, pueden sufrir alteraciones ante aconteci-

mientos vitales o situaciones estresantes (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996) o frente a un ambiente familiar que les lleve de una infancia bien ajustada a una adolescencia problemática (Lewis y cols., 2000).

A partir de estas consideraciones, podemos añadir que las personas con estilo de apego ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros (Mikulincer, 1998b), y de los otros como poco confiables y resistentes a comprometerse (Feeney y Kirkpatrick, 1996) lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono (Bowlby, 1993, 1990). Por último, aquellos con un estilo de apego evitativo desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de los otros (Simpson, Rholes y Phillips, 1996; Collins, 1996; Feeney y Kirkpatrick, 1996). Hay evidencia que los adultos con distintos tipos de apego difieren en ciertas características de personalidad y éstas se mantienen a lo largo de la vida (Bourbeau y cols., 1998). Lafuente (2000) en una de sus hipótesis reconoce que los adultos con un estilo de apego seguro tienen más alta autoestima, son socialmente más activos y presentan menos soledad que los individuos con un apego inseguro ambivalente. Sobre este punto referido, Belsky e Isabella (1988), ya habían anticipado que deberían tenerse en cuenta variables como la personalidad de la madre o cuidador principal.

Desorganización del apego y psicopatología: Como hemos citado anteriormente, Main y Solomon (1986) describieron por primera vez la conducta desorganizada de apego. Más tarde Main y Hesse (1990) relacionaron el apego desorganizado con un ambiente asustado o de cierto miedo y establecieron las posibles relaciones existentes entre patrones de apego y psicopatología. En una investigación posterior Lyons-Ruth y cols., (1999) hallaron también que cuando la figura del cuidador provoca miedo, esto puede predecir la desorganización del apego. Así podemos suponer que el estilo de apego desorganizado mantiene una relación con la agresividad infantil, la disociación y las reacciones violentas tal y como se desprende de estudios longitudinales (Shaw y cols., 1996; Goldberg y cols., 1995; Hubbs-Tait y cols., 1994; Lyons-Ruth y cols., 1993, 1997) como de los transversales (Solomon y cols., 1999; Greenberg, 1991; Speltz y cols., 1990). Este tipo de conductas desorganizadas están relacionadas con factores familiares y maltrato, depresión mayor o trastorno bipolar en la figura o figuras de apego. A este respecto Lyons-Ruth y cols., (1990) también observaron una relación estrecha entre cuidador/a severamente deprimido y el apego desorganizado.

En esta misma línea, el apego desorganizado parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada (Jacobovitz y Hazen, 1999, Lyons-Ruth y cols., 1997). Además Liotti (1995) ha relacionado los síntomas disociativos con experiencias de pérdida de las figuras parentales (con la consiguiente desorganización del apego si no hay suficiente apoyo social) en los primeros años de vida del niño. Con posterioridad un trabajo de Carlson (1998) mostraba una relación

directa entre los síntomas disociativos a los 17 años, y el apego desorganizado a los 12 y 18 meses. Como referencia precursora a todo ello, nos parece fundamental mencionar que, en 1944, Bowlby ya expuso su punto de vista de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental.

Algunos estudios han encontrado las siguientes **relaciones entre diferentes patrones de apego y trastornos psicopatológicos** en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfield y cols., (1999) encontraron relaciones con la depresión en la infancia y dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Warren y cols., (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. También sobre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia, Ogawa y cols., (1997) encontraron relación significativa con los síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años. Rosenstein y Horowitz (1996) por otro lado demostraron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias (Girón, 2003), trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide.

Greenberg (1999) en su revisión de la literatura al respecto, muestra importantes relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología. Parece probado que los apegos inseguros son iniciadores de caminos que, con probabilidad están asociados con posteriores patologías (Girón, 2003; Sroufe, Carlson, Levy y cols., 1999; Weinfield y cols., 1999; Greenberg, 1999). De hecho los cambios familiares que amenazan la disponibilidad de las figuras de apego, están relacionadas con desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia, así como con trastornos de personalidad en los adultos jóvenes (Stein, Marton, Golombek y cols., 1994). Posteriormente Diamond y Liddle (1999) y Lewis y cols., (2000) afirman que en las familias con jóvenes que tienen trastornos de conducta y drogodependencias, la relación de apego padres-hijos está seriamente dañada. No obstante otros autores han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están más asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno limítrofe de personalidad (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001; Gerlsma y Luteijn, 2000).

La etapa del desarrollo evolutivo elegida en el presente trabajo es la **adolescencia**; considerada una producción social, un período en el que la identidad adquiere nuevas y significativas dimensiones y se alcanza una mayor autonomía mediante la abstracción y la puesta a prueba de hipótesis sobre el mundo y sobre sí mismos (Alves, 1995, 1998). En este sentido, las relaciones de apego se hacen más

estables a lo largo del desarrollo y funcionan como un recurso de adaptación que asegura la formación de la identidad (Valdéz, 2002) durante la socialización del individuo. Los padres no sólo socializan a través del lenguaje y la educación, sino que actúan como modelos y precisamente son modelos especialmente potentes en lo que se refiere a la vida emocional (Del Barrio, 2002). La familia tiene una función eminentemente protectora y socializadora. Dentro de ésta, el niño establecerá nexos con el mundo exterior, haciéndose patente a través de la seguridad que se vaya solidificando según las relaciones entre los miembros de la familia (Serra y Zacarés, 1999). Tradicionalmente se ha pensado que la adolescencia era un periodo tormentoso y de tensión (Freud, 1958), un periodo agotador, (Blos, 1962) y de crisis de identidad (Erikson, 1980) que estaba cargado de trastornos emocionales y de enfrentamiento y conflicto con los padres (Calzada, Altamirano y Ruiz, 2001). Según Scales (1991), el 80% de los adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades (Musitu, Buelga, Lila, Cava, 2001; Kearney-Cooke, 1999). No obstante, una de las principales tareas evolutivas que deben resolver los seres humanos durante la adolescencia, es llegar a adquirir autonomía respecto de sus progenitores, y prepararse para vivir como un sujeto adulto con capacidad para decidir y actuar por sí mismo (Oliva, 2001).

Apego y depresión: Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007), además se ha comprobado que en el curso de la depresión en el niño correlaciona con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño (Puig-Antich y cols., 1985b). En investigación sobre niños españoles, se ha encontrado que el ítem del Children's Depression Inventory (CDI) que más correlaciona con depresión es «nadie me quiere», lo cual corrobora que el vínculo afectivo es un fuerte elemento relacionado con la depresión (Del Barrio, 1990). En consecuencia el apego, como parte integrante del afecto, está presente en el individuo desde temprana edad. Estamos convencidos de que las descripciones de la depresión infantil que ofrecieron René A. Spitz (Spitz y Wolf, 1946) y John Bowlby (1958) levantaron los primeros argumentos sobre bases descriptivas de los trastornos afectivos, utilizando nombres diferentes como depresión anaclítica u hospitalismo (citados en Figueras, 2006). De hecho muchas de sus observaciones se han mantenido a lo largo del tiempo y probablemente lo único que se ha revisado profundamente haya sido su creencia en la irreversibilidad del problema, ya que actualmente sí se considera un proceso reversible (Del Barrio, 2007).

Las teorías cognitivas aplicadas a la emoción atribuyen un papel fundamental a las cogniciones, siendo la evaluación positiva o negativa del estímulo la que rápidamente activa el proceso emocional (Palmero, 2000). Beck (1991) señaló que en el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos se filtraban señales

negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos o contrarios. Beck (1976) ya había dejado constancia de que son algunas experiencias tempranas las que proporcionarían las bases para formar futuros conceptos negativos sobre uno mismo, el porvenir y el mundo. Asimismo Beck y cols., (1983) afirman que: «las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar característica, que explica el significado idiosincrásico que poseen las situaciones concretas para cada individuo» (citado en Méndez, 2001, p.77). Según estos modelos, los pilares de la depresión se construyen en base a la forma distorsionada de pensar de algunas personas, llegando incluso a transformar los acontecimientos positivos en negativos (Clark y Beck, 1997; Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher, 1993; Beck, 1991). Posteriormente, cuando dichas circunstancias concurren, los esquemas mentales se activan y dan lugar a lo que Beck reconoce como la tríada cognitiva de la depresión, que consiste en una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, tal y como mencionábamos con anterioridad, y que causa los síntomas de la depresión (Méndez, 2001). Luego la patología no se produce a partir de las emociones o las necesidades del momento, sino de los sentimientos o pensamientos secundarios acerca de las necesidades básicas del individuo (Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley, 1999), lo que constituye, de este modo, la fuente más importante de la disfunción. La frustración repetida ante la necesidad puede acabar por formar la representación de una estructura nuclear del sí mismo que supone una visión particular del mundo; esto puede incluir, por lo tanto, visiones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo también (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Kelly, 1966).

La depresión puede estar causada por unos antecedentes de sucesivas experiencias vitales negativas en las cuales se ha puesto de manifiesto un déficit de autocontrol frente a condiciones adversas (Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinshon, 2000). La depresión es una alteración del estado de ánimo hacia la tristeza o la melancolía que va acompañado de pérdida de interés por las cosas en general (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004) y que sumergen al individuo en un mundo irreal. Es una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y les impide disfrutar de la vida (Del Barrio, 2007). Esta sintomatología similar a la de adultos, se acompaña de cuadros somáticos infantiles (Del Barrio, 2007; Méndez, 2001).

Como datos relevantes podemos aportar los siguientes: Aproximadamente 1,3 millones de jóvenes entre 15 y 19 años padecen depresión en los Estados Unidos (Angold, Costello y Worthman, 1998). En un estudio epidemiológico realizado en España, con una muestra de 6.432 sujetos (8-12 años) procedentes de distintas partes del país y utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) con punto de corte igual o superior a 19 puntos, se halló un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico (Domènech y Polaino, 1990). Actualmente está bien establecido que en la población general infantil la depresión mayor puede oscilar entre un 1 o 3 %, mientras que la prevalencia del trastorno distímico se estima entre un 4 o 7%

de la población infantil (Del Barrio, 2007; Doménech y Polaino-Lorente, 1990). Si la edad de los adolescentes es superior, se dan cifras más elevadas que pueden oscilar entre el 5% y el 15% tal y como mantiene Mestre (1992). Para algunos autores, la incidencia de depresión se incrementa de forma considerable en la adolescencia y con una diferencia significativa entre sexos, con el doble de mujeres que de hombres en este trastorno (Angold y cols., 1998). Sobre las consecuencias que ello puede tener, Klein (1997) argumenta que los adolescentes que sufren un trastorno depresivo, continúan experimentando dificultades significativas en las funciones psicosociales, incluso aún después de la recuperación. Además padecer depresión en la infancia o adolescencia incrementa un 60% ó 70% el riesgo de continuar con la depresión en la edad adulta (Weller y Weller, 2000) y que la duración media del trastorno afectivo en una muestra de adolescentes fue de 9 meses para la depresión mayor y de 3,9 años para la distimia (Kovacs y cols., 1997).

Wagner, Cohen y Brook (1996) establecían la relación entre el **apego**, los **acontecimientos vitales** y la **depresión**. Estos autores evaluaron la asociación existente entre el número de acontecimientos estresantes negativos con síntomas de depresión y trastornos de conducta, con el estilo familiar cordial o severo. Los resultados indicaron que en los adolescentes que afirmaron tener relaciones más cálidas con ambos padres hubo poca asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas depresivos, mientras que en el caso contrario estaba asociado el estrés con los síntomas depresivos. La impredecibilidad de la conducta de la madre, en una edad en que los niños son incapaces de autorregularse emocionalmente (véase la revisión de Botella, 2005), debe aumentar considerablemente el estrés y la ansiedad en muchos de ellos. Para Cassidy y Berlin (1994) el apego evitativo es un buen ejemplo de la conducta que el niño construye y exhibe ante el comportamiento de una madre inaccesible.

Se ha sugerido extensamente la existencia de una relación significativa entre los acontecimientos vitales y los trastornos psicológicos y físicos (Holmes y Davis, 1989; Sandín, 1999), lo mismo sucede con los efectos que pueden producir los acontecimientos vitales y existe consenso en que estos pueden llegar a desencadenar alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad. (Moreno, 1992). Sobre este punto referido, Méndez (2001) apunta que la mera exposición no conduce a la depresión, para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga (pensamiento anticipado-ansiedad) que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. En el caso de los niños se ha subrayado que su vulnerabilidad está especialmente ligada a su capacidad de control emocional y a los procesos precoces de apego, especialmente en aquellos que tiene que ver con los trastornos de tipo emocional (Zeanah y cols., 1997). Sobre la posible conexión entre los acontecimientos que ocurren durante el curso de la vida y el inicio de la enfermedad, existe un considerable volumen de datos (Leza, 2005; O'Doherty y Davies, 1987). El trabajo de Brown y Harris (1978) es un buen ejemplo

en el área de la depresión tal y como nos indica El-Shikh y cols., (2004).

Así podemos entender que las experiencias y las cogniciones que de ellas se derivan, forman parte del proceso mental que regulan los efectos emocionales de los acontecimientos vitales y juegan un papel muy importante en la transición y vulnerabilidad del período adolescente (Abramson y cols., 1997; Moreno, 1992). La adolescencia es un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendrá importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas (Roselló y Berríos, 2004). La vulnerabilidad frente a unos determinados acontecimientos varía en las distintas etapas de la vida (Mcgee y cols., 2001) y los adolescentes (13-18 años) muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio de relaciones con padres y amigos o el inicio de las relaciones de pareja.

Recordamos a Bowlby (1969) cuando indica que las relaciones tempranas entre padres e hijos, estrechas y profundas, ejercen un efecto protector frente a posteriores acontecimientos vitales de impacto negativo (Bowlby, 1993, 1990, 1989). Para Aysan, Thompson y Hamarat (2001) y O'Neill, Cohen, Tolpin y Gunther (2004), los estresores menores o problemas cotidianos pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental. Shafii y Shafii (1995), sostienen que la prevalencia de los trastornos del ánimo aumenta con la edad de manera parecida a los acontecimientos vitales. De la misma manera, Del Barrio (2001b) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual según los distintos periodos de edad y añade que la depresión infantil tiene una condición evolutiva y diferenciada, siendo los principales factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo la familia y un apego deficiente. No obstante, no podemos olvidar que en la adolescencia se intensifican las diferencias y aumentan los acontecimientos vitales y que éstos no afectan a todos por igual (Méndez, 2001). Por otra parte y como nos recuerda Del Barrio (2007), a veces no es fácil encontrar una relación firme entre causa y efecto. En los trastornos emocionales infantiles se han aislado y estudiado múltiples factores de riesgo que actúan en compleja asociación (Méndez, 2001). Como hemos citado anteriormente creemos que la interacción entre los factores ambientales (donde encuadramos los acontecimientos vitales) y personales es la posición más abierta a nuevas aportaciones.

Al estudiar el **impacto de los acontecimientos vitales** es necesario tener en cuenta también el efecto de la acumulación de los acontecimientos negativos. Arnold (1990) y Daniel y Moos (1990) mantienen que la acumulación de acontecimientos negativos y pequeñas contrariedades que se consideran como un estrés crónico, es la forma más habitual de desencadenante de la depresión en los niños. Hay datos que demuestran que los efectos de la acumulación pueden actuar a largo plazo y no sólo de forma inmediata (Kim y cols., 2003). La exposición continua a estímulos estresantes parece relacionarse claramente con el inicio temprano o tardío

o con la evolución de numerosos procesos patológicos tal y como indica Leza (2005). No obstante, existen también trabajos que informan de la aparición de una depresión por la experiencia de un determinado acontecimiento en solitario. Para algunos autores, la forma más drástica de separación es la muerte paterna. Los primeros estudios sostenían una relación inequívoca entre la muerte o pérdida paterna como acontecimiento desencadenante (Crook y Elliot, 1980; Rutter, 1966), combinado con la vulnerabilidad del niño, ya fuese de carácter personal o social y la aparición de depresión tanto en niños como en adultos (Brown y Harris, 1978). Estudios posteriores parecen confirmar que lo que verdaderamente causa la depresión no es tanto la desaparición precoz de la madre o del padre, sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de los cuidados y la atención indispensable para un desarrollo correcto (Parker, 1992). Otro de estos acontecimientos es la enfermedad propia especialmente el cáncer (Del Barrio, 2007). En cualquier caso, esta repercusión existe y un solo acontecimiento negativo puede desencadenar una depresión, sobre todo en los períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997).

Todo acontecimiento negativo tiene que provocar una reacción normal de desagrado en el sujeto que la sufre, pero su duración e intensidad deben ser ajustadas al tipo de acontecimiento; si no es así, nos encontramos con una reacción desadaptativa que suele ser de ansiedad o depresión y con frecuencia ambas se suelen presentar conjuntamente (Del Barrio, 2007). A este respecto, en una de sus conclusiones, Herrero y Musitu (1998) mantienen que el apoyo social tiene un efecto supresor sobre los acontecimientos vitales estresantes. En niños más pequeños (11 años) también se ha detectado que el número y la intensidad de los estresores y los pensamientos negativos son buenos predictores de la aparición de la depresión (Hilsman y Garber, 1995). Según Kirk (1993) aunque casi ningún acontecimiento vital puede ser concebible como la causa del suicidio en los adolescentes, ciertos sucesos pueden crear en ellos vulnerabilidad a estados extremos de desesperanza y desaliento, predisponiendo a una conducta suicida o depresión. La mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre la depresión postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas (Kwon y Oei, 1992; Olinger, Kuiper y Shaw, 1987; Wise y Barnes, 1986; Alloy, Clements y Kolden, 1985).

Se han señalado los acontecimientos vitales negativos como contribuyentes al desarrollo de sintomatología depresiva (Kwon y Oei, 1992). En la actualidad, las investigaciones sobre los acontecimientos vitales estresantes establecen relación entre estos y otras variables como la psicopatología o la problemática en los adolescentes (Roselló y cols., 2004; Lucio y cols., 2001). En esta misma línea recuperamos la relación entre apego y acontecimientos vitales porque según Bowlby, los patrones de apego pueden cambiar en función de los acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que forman parte de

la relación de apego (Valdéz, 2002). Estudios anteriores han señalado que los acontecimientos vitales importantes o la acumulación de pequeñas contrariedades, pueden llevar tanto a adultos como a niños a desarrollar una depresión (Billings y Moos, 1984; Brown y cols., 1986; Moreno y cols., 1995) y además los estresores menores o problemas cotidianos pueden tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad, como hemos citado anteriormente, a presentar otros problemas de salud física y mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2001; O'Neil y cols., 2004). Varias investigaciones han asociado los pensamientos disfuncionales y los acontecimientos vitales negativos con la ideación suicida y con la depresión (Adams y Adams, 1993; Philippi y Roselló, 1995).

De esta manera, la aparición de sintomatología depresiva puede relacionarse con el número de acontecimientos negativos vividos. Hammen (1997) mantienen que, sí a una baja autoestima se suma una experiencia de acontecimientos vitales negativos, se convierte en un buen predictor de sintomatología depresiva. En general, la mayoría de estados depresivos y ansiosos parecen estar propiciados por un acontecimiento vital grave unos meses antes del inicio (Del Barrio, 2007; Brown, 1989), al que posiblemente se pueden sumar otros estresores menores anteriores, cuyo impacto acumulativo aumenta la vulnerabilidad del individuo y disminuye su capacidad de afrontamiento. En la misma línea de investigación, Adams y Adams, (1993) encontraron relación entre los acontecimientos vitales estresantes, la depresión y el intento de suicidio y Shafii y Shaffi (1995) mantienen que la mayoría de estudios también muestran que la intensidad, gravedad, duración, cronicidad, recaídas y riesgo de suicidio son significativamente mayores en niños y adolescentes con un diagnóstico comórbido que en niños y adolescentes sin él.

A todo lo expuesto anteriormente añadimos la idoneidad del colegio o instituto para la detección de este tipo de alteraciones y, en ese sentido, nos amparamos en las teorías de Brumback, Dietz-Schmidt y Weinberg (1977) que postulan la detección temprana y tratamiento adecuado de los niños con enfermedad afectiva para poder evitar el consecuente fracaso personal, así como el aislamiento social, la actividad antisocial y el suicidio (citado en Cantwell y Carlson, 1987). La forma en que una persona vive sus experiencias estará en función de sus esquemas mentales y sus cogniciones. No olvidemos que esquemas, cogniciones y estado afectivo actual del individuo serán responsables de sus reacciones emocionales. Pero estas reacciones siempre serán propias, esto es, específicas, ya que una misma situación podrá generar emociones distintas en diferentes personas, puesto que lo que interpretamos es, en definitiva, lo que vivimos.

Método

Participantes: La muestra estuvo conformada por 312 alumnos, 188 chicas y 124 chicos, estudiantes de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de bachillerato de dos colegios públicos y dos privados concertados de Barcelona y su provincia. El muestreo fue

aleatorio eligiendo una clase de cada curso participante en cada uno de los colegios.

Descripción de la muestra: Número de casos que participan en este estudio, N= 312. Todos los alumnos participantes tenían edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. El número total de casos de la muestra se distribuye de la siguiente manera:

Tabla nº 1. Distribución de los individuos de la muestra. N=312		
Sexo	Nº individuos	Porcentaje
Chicas	188	60,25%
Chicos	124	39,75%
Total	312	100%

Tabla nº 2. Distribución de la muestra por cursos.			
Curso	Chicas	Chicos	Total
3º ESO	41	37	78
4º ESO	36	39	75
1º Bachillerato	59	23	82
2º Bachillerato	52	25	77
Total	188	124	312

Procedimiento y pruebas empleadas: Los datos que nos permitieron una primera aproximación a la posible población afectada, los tomamos de las mediciones realizadas mediante tres cuestionarios:

Children's Depression Inventory. El autoinforme CDI (*Children's Depression Inventory*) fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1985, 1992). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, y además es un procedimiento adecuado para el *screening*. Sobre la sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19 (puntuación a partir de la cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa), se dispone de los datos obtenidos en el estudio de la depresión infantil, de Domènech y Polaino-Lorente (1990) sobre una N=6432 y fueron los siguientes: sensibilidad: 32,3%, especificidad: 94,3%, mal clasificados: 5,6%, valor predictivo positivo: 9,2%, valor predictivo negativo: 98,7.

Kovacs (1992) hace una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad

a dos mitades. En la mayoría de estudios los coeficientes alfa oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento. La fiabilidad del CDI se ha demostrado aceptable oscilando entre 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Frías (1990) refiere que la aplicación del CDI en una muestra de 1.286 niños españoles normales proporcionó un alfa de Cronbach de 0,79. Los datos sobre validez del CDI respecto a otros instrumentos fueron: convergencia con el Children's Depression Scale (CDS) 0,84 convergencia con la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) 0,78. Por último, la adaptación española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.

El Parental Bonding Instrument (P.B.I.) es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling y Brown, (1979). Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el P.B.I. mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. En este instrumento se pregunta al adolescente por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y con su madre durante la infancia, pretende evaluar el tipo de vínculo de apego establecido para cada uno de los progenitores. Está formado por 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre que se agrupan en dos dimensiones: afecto/cuidado versus rechazo (13 ítems) y sobreprotección versus estimulación de la autonomía (12 ítems).

Las propiedades psicométricas también han sido estudiadas. La fiabilidad del PBI respecto de su consistencia interna se halla entre los valores del 0,78 y 0,89 respectivamente para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. Resultados de estudios posteriores en la estandarización de PBI confirman la compatibilidad con el original (Sánchez-Queija y Oliva, 2003; Parker, 1979).

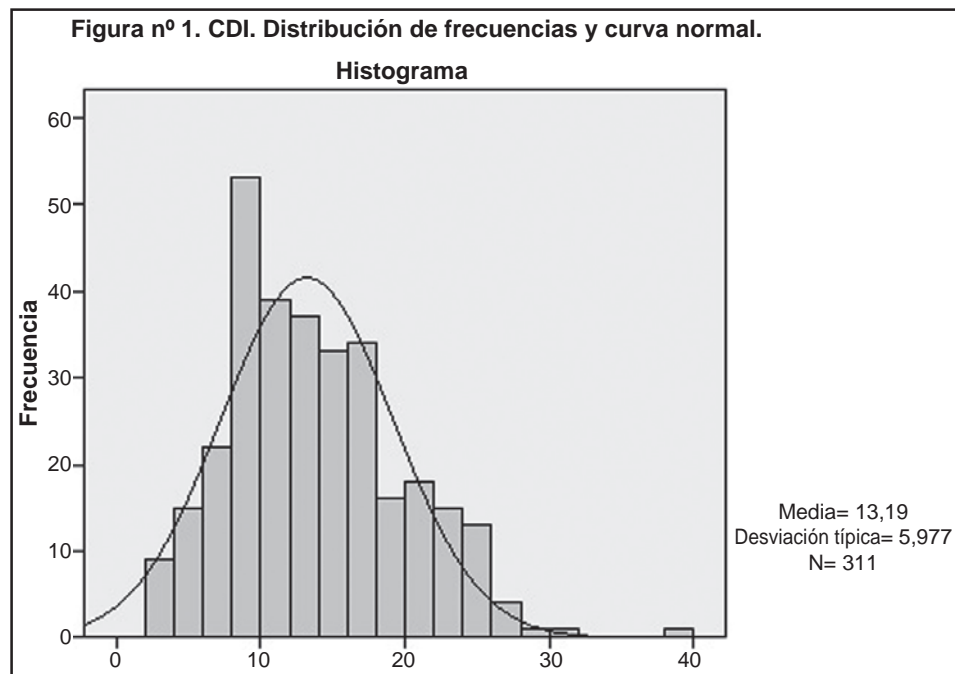
Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA) tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales en la infancia y la adolescencia. Este inventario fue creado a partir de las escalas de Coddington (1972) y de Holmes y Rahe (1967). Tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales (AV) en la Infancia y Adolescencia. Traducido por Morato y adaptado para investigaciones en España por Moreno y Del Barrio (1992), consta de un total de 81 elementos, correspondientes a cuatro factores distintos: Familia, Escuela, Salud y Relaciones y Actividades sociales. Cada elemento tiene 4 tipos de respuesta que permiten 12 posibles combinaciones de medida distintas: la primera de ellas es la suma total de eventos, estableciéndose dos puntuaciones, una de AV positivos y otra de negativos. También se obtienen sumas de eventos por cada una de las 4 áreas tanto positivo como negativo.

Descripción del trabajo realizado: Se estableció contacto con el Director de

cada colegio seleccionado para presentar el proyecto y explicar los objetivos del estudio. Se solicitó consentimiento informado a los padres de los alumnos participantes. Se organizó la sesión para que ocupara una hora de clase (asumiendo una clase de 50-60 minutos). La privacidad de los adolescentes era prioritaria así como la confidencialidad de las respuestas. Se fomentó un entorno adecuado para conseguir la mayor participación y el menor número posible de respuestas erróneas.

RESULTADOS.

Como requisito previo a poder analizar dichas relaciones, había que demostrar primero que nuestra muestra se ajustaba a la distribución normal. Para ello se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Tal como demuestra la prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov la distribución de los resultados del CDI en la muestra $n=312$, se ajusta a la curva normal con una media $M=13,19$ y una desviación típica $DT=5,97$; siendo su puntuación mínima=2; puntuación máxima=37 y $z=1,574$; $p=0,014$.



El análisis de las puntuaciones de los 312 jóvenes participantes que respondieron a los cuestionarios ofrece una imagen de la importancia de este tipo de estudios que recogen el bienestar emocional de los participantes. La tabla nº 4, sintetiza las medias y desviaciones típicas de la muestra de este estudio para cada dimensión así como el grado de significación estadística.

Tabla nº 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.								
		CDI-TOTAL	AVIA-POS	AVIA-NEG	CONTRL M	CONTRL P	AFECT M	AFECT P
N		311	312	312	311	307	311	308
Parámetros normales(a,b)	Media	13,19	6,36	11,97	15,72	13,79	28,41	25,12
	Desviación típica	5,977	4,380	7,103	6,334	6,500	6,313	7,365
Diferencias más extremas	Absoluta	,089	,123	,093	,060	,080	,133	,100
	Positiva	,089	,123	,093	,060	,080	,114	,070
	Negativa	-,045	-,075	-,058	-,033	-,053	-,133	-,100
Z de Kolmogorov-Smirnov ¹		,574	2,167	1,641	1,060	1,402	2,354	1,755
Sig. asintót. (bilateral)		,014	,000	,009	,212	,039	,000	,004
a. La distribución de contraste es la Normal. b. Se han calculado a partir de los datos.								

Análisis de correlaciones: A continuación exponemos las principales correlaciones obtenidas con sus grados de significación estadística (ver tabla nº5) que confirman que los resultados obtenidos, mantienen una conexión significativa entre los patrones de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos.

En términos generales y sin tener de momento en cuenta las individualidades de los casos de la muestra, las correlaciones de las dimensiones investigadas nos permiten enunciar los hallazgos más interesantes. Así entre las dimensiones que más fuertemente correlacionan encontramos: los tipos de AFECT-M y AFECT-P (ambos con carga negativa y siendo sensiblemente superior el AFECT-M) con el CDI Total; el CONTRL-M y CONTRL-P con el CDI Total, los AVIA negativos con el CDI Total. Entre las dimensiones de AFECT-M y AFECT-P y CONTRL-M y CONTRL-P también existen correlaciones importantes. Sin embargo no encontramos correlación entre los AVIA positivos y el CDI Total.

Análisis del CDI Total: Los acontecimientos vitales positivos vividos, no explican la posible variación de la sintomatología depresiva. Al contrario, la relación entre el CDI Total y el AVIA (-) si que presenta significación estadística con el valor de $r=0,410(**)$. El AVIA (-) juntamente con el AFECT-M son las dos variables más relacionadas con la sintomatología depresiva (ver tablas de contingencia nº 3 y 4). El CDI Total correlaciona negativamente con las dimensiones AFECTO Materno, resultado= $-0,404(**)$ y también con AFECTO Paterno pero con un coeficiente menor, resultado= $-0,316(**)$.

Demostración de hipótesis específicas: Para un análisis más pormenorizado hemos decidido incluir unas tablas de contingencia (tablas nº6 y7) donde podemos

Tabla nº 5. Análisis de correlaciones								
		AVIA_POS	AVIA_NEG	CDI_TOTAL	CONTRLM	CONTRLP	AFFECTM	AFFECTP
AVIA_POS	Correlación de Pearson	1	,453(**)	-,003	-,077	-,037	,021	,019
	Sig. (bilateral)		,000	,951	,178	,514	,707	,742
	N	312	312	311	311	307	311	308
AVIA_NEG	Correlación de Pearson	,453(**)	1	,410(**)	,169(**)	,130(*)	-,274(**)	-,207(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,003	,023	,000	,000
	N	312	312	311	311	307	311	308
CDI_TOTAL	Correlación de Pearson	-,003	,410(**)	1	,300(**)	,228(**)	-,404(**)	-,316(**)
	Sig. (bilateral)	,951	,000		,000	,000	,000	,000
	N	311	311	311	310	306	310	307
CONTRLM	Correlación de Pearson	-,077	,169(**)	,300(**)	1	,462(**)	-,464(**)	-,230(**)
	Sig. (bilateral)	,178	,003	,000		,000	,000	,000
	N	311	311	310	311	306	311	307
CONTRLP	Correlación de Pearson	-,037	,130(*)	,228(**)	,462(**)	1	-,204(**)	-,348(**)
	Sig. (bilateral)	,514	,023	,000	,000		,000	,000
	N	307	307	306	306	307	306	307
AFFECTM	Correlación de Pearson	,021	-,274(**)	-,404(**)	-,464(**)	-,204(**)	1	,435(**)
	Sig. (bilateral)	,707	,000	,000	,000	,000		,000
	N	311	311	310	311	306	311	307
AFFECTP	Correlación de Pearson	,019	-,207(**)	-,316(**)	-,230(**)	-,348(**)	,435(**)	1
	Sig. (bilateral)	,742	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	308	308	307	307	307	307	308
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).								
* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).								

observar la dirección de las asociaciones más importantes encontradas. De esta forma podemos comprobar que a menor AFFECT-M aumenta la sintomatología, en caso contrario, a mayor AFFECT-M disminuye la sintomatología depresiva.

1° A menos AFECTO Materno encontramos más sintomatología depresiva.

Tabla nº 6. Tablas de contingencia.							
			Percentile Group of AFECTM				Total
			1	2	3	4	
Percentile Group of CDI_TOTAL	1	Recuento	4	12	25	31	72
		% de Percentile Group of AFECTM	5,6%	16,2%	26,0%	44,9%	23,2%
	2	Recuento	17	21	31	15	84
		% de Percentile Group of AFECTM	23,9%	28,4%	32,3%	21,7%	27,1%
	3	Recuento	13	20	23	14	70
		% de Percentile Group of AFECTM	18,3%	27,0%	24,0%	20,3%	22,6%
	4	Recuento	37	21	17	9	84
		% de Percentile Group of AFECTM	52,1%	28,4%	17,7%	13,0%	27,1%
Total		Recuento	71	74	96	69	310
		% de Percentile Group of AFECTM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2° A más AVIA (-) aumenta la sintomatología depresiva.

Tabla nº 7. Tablas de contingencia.							
			Percentile Group of AVIA_NEG				Total
			1	2	3	4	
Percentile Group of CDI_TOTAL	1	Recuento	29	21	11	11	72
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	39,7%	23,1%	16,2%	13,9%	23,2%
	2	Recuento	29	24	16	16	85
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	39,7%	26,4%	23,5%	20,3%	27,3%
	3	Recuento	10	26	19	15	70
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	13,7%	28,6%	27,9%	19,0%	22,5%
	4	Recuento	5	20	22	37	84
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	6,8%	22,0%	32,4%	46,8%	27,0%
Total		Recuento	73	91	68	79	311
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el análisis de comparaciones múltiples o pruebas «post hoc» quedaron reflejadas de manera más sintética el resto de hipótesis específicas entre las que encontramos:

3° A más CONTROL Materno aumenta la sintomatología depresiva.

4° A más CONTROL Paterno aumenta la sintomatología depresiva

5° A menos AFECTO Paterno encontramos más sintomatología depresiva.

Al evaluar la asociación que existe entre el número de acontecimientos vitales negativos con síntomas depresivos y con el AFECT-M y AFECT-P, los resultados indican que entre los adolescentes con puntuaciones superiores en AFECT-M y AFECT-P, que a nuestro entender indica la existencia de un estilo o patrón afectivo más cálido con ambos padres, hubo muy poca asociación entre los acontecimientos vitales negativos y los síntomas depresivos, mientras que en los adolescentes con patrones de apego más fríos y/o controladores, los acontecimientos vitales negativos guardan más asociación con la sintomatología depresiva.

Análisis de la estructura factorial: Posteriormente nos interesó analizar la estructura factorial de la matriz de datos generada por las variables analizadas. El análisis de componentes principales con rotación Varimax, evidenció dos componentes, el primero de los cuales explica un 36,62% de la varianza y el segundo un 20,12% de la varianza. Esta estructura factorial revela que el primer factor está compuesto por el control materno, por la falta de afecto materno, la falta de afecto paterno y el exceso de control paterno y la sintomatología depresiva. El segundo factor se compone sobre todo de acontecimientos vitales positivos y negativos.

Estos resultados nos llevaron a nombrar al primer factor como *vínculo y estado de ánimo* y el segundo factor como *acontecimientos vitales positivos y negativos*. Esto nos lleva a contemplar el *vínculo más el estado de ánimo* como un factor predisponente-relacional pensando en futuras líneas de investigación. En esta misma línea podemos aseverar que a raíz de los resultados obtenidos, un mal vínculo familiar puede actuar como factor predisponente y los acontecimientos vitales como factores desencadenantes.

Análisis de la incidencia de sintomatología depresiva y otros factores: Los resultados encontrados de las medias de puntuación por género y curso, la tasa de prevalencia de sintomatología depresiva y la tasa de prevalencia de la ideación suicida, concuerda con los resultados obtenidos en estudios sobre la depresión y/o el suicidio en investigaciones realizadas en nuestro país y en Estados Unidos. A continuación exponemos estos resultados (tabla nº 8) por formar parte de nuestros objetivos e hipótesis. *Puntuaciones sobre N=312:* mínima=2; máxima=37; media=12,82; desviación estándar=5,74.

Se puede observar que las puntuaciones medias de las chicas son superiores a las de los chicos en todos los cursos. También se han encontrado diferencias significativas entre el curso y el sexo para las puntuaciones del CDI, siendo las puntuaciones de las chicas más elevadas que las de los chicos tal y como habíamos

Tabla nº 8. CDI. Puntuación media y Desviación típica de por género y curso.					
Curso	Chicas		Chicos		Total
Puntuaciones	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media por curso
3º ESO	12,80	6,627	11,31	4,939	12,05
4º ESO	14,44	6,583	12,00	3,663	13,22
1º Bachill	15,63	6,780	12,65	4,549	14,14
2º Bachill	13,10	5,845	11,56	6,145	12,33

incluido en nuestras hipótesis. En la misma línea observamos que a mayor edad la puntuación en el CDI aumenta salvo en el caso de 2º de bachillerato donde disminuye ligeramente. En todos los casos las medias obtenidas por las chicas superan la media global de la muestra.

Prevalencia sintomatología depresiva. Número total de casos en CDI con puntuación igual o superior a 19 puntos: Sobre la muestra total N=312 alumnos, aparecen un total de 54 casos con puntuación igual o superior a 19, lo que indica presencia de sintomatología depresiva. Así podemos afirmar que la prevalencia de sintomatología depresiva en nuestra muestra es del: 17,31%. Esta cifra se encuentra entre los valores hallados en estudios anteriores por autores como: Kandel y Davies (1982) que lo situaron en un 18%; Teri (1982) identificó un 27% con depresión moderada y Reynolds (1983) informa de un 18%. En muestras poblacionales actuales de adolescentes, se obtienen resultados parecidos lo que confirma la importancia de este tipo de investigaciones (Del Barrio, 2007; Kessler y cols., 2001; Domènech y Polaino-Lorente, 1990; Gotlib y Hammen, 1996; Mestre, 1992; Kazdin, 1990).

Distribución por género y CDI igual o superior a 19: En cuanto a diferencias de género, en este estudio aparecen diferencias estadísticamente significativas e importantes entre hombres y mujeres, desviándose en este caso nuestras cifras de las obtenidas en otros estudios, donde la tasa es de alrededor del doble en mujeres que hombres. Autores como Frías, Mestre, Del Barrio y García-Ros (1992) coinciden en hallar diferencias de género importantes sobre todo con grandes grupos de participantes.

Número de casos- chicas= 45; prevalencia= 83,33%.

Número de casos-chicos= 9; prevalencia= 16,67%.

En este sentido, la explicación mas plausible sea la que aporta Rodríguez-Testal y cols., (2002) que mantienen que estas diferencias pueden deberse a la amplitud de la población estudiada. En el caso de elegir submuestras, las diferencias entre mujeres y hombres se diluyen.

Distribución por cursos y CDI igual o superior a 19: Como se puede observar en la tabla nº 9, el número de casos que presentan las chicas en todos los cursos es siempre superior y mantienen una relación significativa con el valor de las medias de puntuación obtenidas en el CDI tal y como mostramos en la tabla nº 6.

Tabla nº 9. Distribución por cursos CDI igual o superior a 19			
Curso	Chicas	Chicos	Total
3º ESO	8	2	10
4º ESO	11	0	11
1º Bachillerato	18	2	20
2º Bachillerato	8	5	13
Total	45	9	54

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican una conexión significativa entre el patrón de apego controlador y frío, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos, lo que coincide con los resultados de gran parte de la literatura al respecto (Del Barrio, 2007; Wagner, Cohen y Brook, 1996; Moreno, 1992; Arnold, 1990).

Así en nuestros resultados encontramos que la presencia de síntomas depresivos se relaciona de forma estadísticamente significativa con los estilos de apego más controladores y fríos. El CDI Total correlaciona negativamente con las dimensiones de Afecto Materno $r = -0,404(**)^1$, y con Afecto Paterno $r = -0,316(**)$. Los adolescentes que puntúan más alto en estas dos dimensiones (apego seguro fruto de un patrón afectivo más cálido), encontramos poca asociación entre los acontecimientos vitales y los síntomas depresivos. Autores como Cummings y Cummings (1988) mantienen que los hijos de madres que expresan emociones positivas tienen más respuestas adaptativas frente a los acontecimientos vitales. En los adolescentes que puntúan altos en los patrones de apego más fríos y/o controladores (inseguros y evitativos), los acontecimientos vitales negativos guardan más asociación con la sintomatología depresiva.

Los resultados encontrados en las correlaciones, también muestran que el apego suele producirse respecto de la madre. Creemos que los cuidados maternos contribuyen claramente a la seguridad del apego, especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad como mantienen Fonagy (2004), Del Barrio (2002) y Belsky (1999a), aunque ésta no tenga una sólida base empírica como reconoce Fonagy (2004). La importancia de este último aspecto referido queda reflejada en la importante relación que mantienen la variable Afecto Materno con la sintomatología depresiva ($r = -0,404**$) y que junto al AVIA Negativo ($r = 0,410**$) son las dos variables que más correlacionan.

Además esto guarda estrecha relación con el estudio de Magai, Hunziker, Mesias y Culver (2000) que dicen que el estilo seguro correlaciona negativamente con las emociones negativas y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia. En la misma línea, los resultados obtenidos en este estudio demues-

¹ La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

tran que el número de acontecimientos vitales negativos experimentados por los sujetos correlaciona positivamente AVIA Negativo ($r=0,410^{**}$)² con la sintomatología depresiva (puntuación igual o superior a 19). Sin embargo, no ocurre lo mismo con los acontecimientos positivos, puesto que los sujetos que han tenido muchas experiencias positivas AVIA Positivo ($r=0,003$) no presentan niveles de depresión más bajos que los que han tenido pocas experiencias. Esta relación exclusiva con los acontecimientos vitales negativos aparece también en otras investigaciones (Ge y cols.; 2001; Loos, Beck y Wallace, 1995; Moreno y cols., 1996). Tal resultado sería totalmente consistente con otros estudios que señalan que la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los adolescentes aumenta su vulnerabilidad a padecer trastornos depresivos (Chang, 2001; Ge y cols., 2001) o el estudio de Waters y cols., (2000) que encontraron que los acontecimientos vitales negativos del ciclo vital, fueron los factores más importantes en el cambio de apego entre la infancia y la adolescencia. En cualquier caso, la repercusión de los acontecimientos vitales sobre los estados emocionales existe y un acontecimiento negativo puede desencadenar una depresión, sobre todo en lo períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997).

En referencia a este último dato podemos aportar lo siguiente; anteriormente un acontecimiento considerado como antecedente de la depresión era la muerte de los padres (Crook y Elliot, 1980; Rutter, 1966), por su parte Del Barrio (2007) también informa de trabajos donde la depresión aparece por la experiencia de un acontecimiento en solitario. Sin embargo, la mayor parte de estudios que investigan los efectos acumulativos, dicen que es la exposición continua a estímulos estresantes la que de una manera temprana o tardía, provoca numerosos procesos patológicos tal y como afirma en su revisión sobre el tema Leza (2005).

En nuestra investigación parece confirmarse este aspecto ya que entre los seis casos que encontramos en la muestra, ($N=312$) con el padre/madre fallecido o no conocido, tan solo en uno de los casos, la puntuación del CDI supera el punto de corte 19, lo que indica presencia de sintomatología depresiva solo en uno de los seis casos. Este último dato presenta una conexión significativa y apoyaría con un estudio de Parker (1992) que mantiene que la causa de la depresión no es la desaparición precoz de la madre o padre sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de cuidados y atención indispensable para el desarrollo correcto.

A este punto referido y de autores más actuales como O'Neill, Cohen, Tolpin y Gunther (2004) y Aysan, Thompson y Hamarat (2001), mantienen que los estresores menores negativos o problemas cotidianos, pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental. Lo anterior surge como relevante ya que si bien la literatura en apego es sumamente amplia y variada, no es posible encontrar una sistematización en nuestro medio, que permita conectar los distintos temas.

² La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nos parece fundamental también mencionar que Herrero y Musitu (1998) mantienen que el apoyo social percibido tiene un efecto supresor sobre los acontecimientos vitales estresantes, lo que coincide con las correlaciones encontradas en nuestro trabajo entre el CDI Total y las dimensiones Afecto Materno y Paterno positivos (+) y Control Materno y Paterno negativos (-). Tal y como hemos citado anteriormente, en cualquier caso la repercusión de los estados emocionales existe, bien sea por un acontecimiento vital negativo muy importante que puede desencadenar una depresión, sobre todo en los períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997), como por la acumulación e impacto de otros acontecimientos vitales negativos considerados menores (Moreno, 1992).

Lo anterior se relaciona con nuestros datos, donde hemos encontrado que a más Afecto Materno y Paterno disminuye la sintomatología depresiva y que a menos Control Materno y Paterno encontramos también menos sintomatología. En línea con lo hallado, nuestro estudio también parece confirmar otras referencias precursoras. Bowlby (1989, 1990, 1993) ya indicaba que las relaciones tempranas entre padres e hijos, estrechas y profundas, ejercen un efecto protector frente a posibles acontecimientos negativos y Shafii y Shafii (1995) subrayaban la importancia del papel de la familia en la génesis, expresión y mantenimiento de los trastornos depresivos en los niños, tal y como ya hemos citado anteriormente. En consecuencia, la familia eje sobre el que giran los individuos, parece significar en unas circunstancias un factor de protección, dependiendo de su estilo o patrón de apego, y en otras de vulnerabilidad (Méndez, 2001; O’Kearney, 1996, Moreno, 1992).

Desde Ainsworth y cols., (1978) la ausencia de vínculo afectivo se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional. No debemos olvidar que los sentimientos son objetos mentales de quien los experimenta, y como tales forman parte de su nivel anímico. Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007). Así pues creemos que la familia disfuncional y un apego inconsistente son los principales factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo y concuerda con las afirmaciones que mantienen autores como Méndez (2001) y del Barrio (2002) al decir que las relaciones familiares son, quizás, el factor más importante en el desarrollo emocional del individuo.

En la presente investigación también coinciden nuestros resultados de correlaciones entre componentes con los datos de Fox, Kimberly y Schafer (1991). Recordamos la cita de Oliva (2004) basándose en un meta-análisis realizado por los mismos autores, donde informa que existe una clara concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores y no solo con la madre. En nuestra muestra aparece una correlación significativa entre el Afecto Materno y el Afecto Paterno, lo que indica que ambos estilos de apego son similares y por lo tanto

coherentes. No obstante es posible que un niño desarrolle un estilo de apego seguro con un progenitor y un estilo de apego inseguro con el otro puesto que no todos los binomios parentales son idénticos.

Sobre la importancia de la detección de alteraciones emocionales la tasa de prevalencia de sintomatología depresiva que hemos obtenido en el presente estudio está comprendida entre las cifras que aportan otros autores. Del Barrio (2007,2002) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual y en la adolescencia alcanza cotas del 10% y el 20%. Gotlib y Hammen (1996) sitúan la tasa de prevalencia entre un 15 y un 20% y autores como Kessler y cols., (2001), Mestre (1992) Domènech y Polaino-Lorente, (1990) aportan datos muy similares en revisiones sobre el tema. El análisis de puntuaciones del CDI, indica que los mayores promedios se obtuvieron a los 16-17 años y corresponde a los estudiantes de 1º de bachillerato, siendo los jóvenes de menos edad, 14-15 años y estudiantes de 3º de ESO, los que muestran menos sintomatología depresiva, confirmando otra de nuestras hipótesis (la sintomatología depresiva en la adolescencia tiene relación con el momento evolutivo), es decir, aparece de manera más prominente durante esta etapa (adolescencia) como ya habían hallado anteriormente Del Barrio y cols., (2004) y Rodríguez Testal y cols., (2002). También se puede apreciar según los resultados obtenidos que los síntomas depresivos van aumentando con la edad. Sobre este punto referido, Kashani y cols., (1983, 1986, 1987) y Kaplan y cols., (1984) ya habían demostrado que la prevalencia de la depresión aumenta con la edad en niños y adolescentes.

En nuestro estudio, las cifras obtenidas sobre el total de 54 sujetos de la muestra, con puntuación del CDI igual o superior a 19, las chicas obtienen una incidencia del 83,33% (45 chicas) del total de los casos, mientras que los chicos obtienen un 16,67% (9 chicos) del total de la muestra con presencia de sintomatología depresiva. Las diferencias de género también podrían ser el resultado del hecho que hombres y mujeres difieren en el procesamiento de sensaciones viscerales y somáticas, tal y como mantienen Barra y cols.; (2005).

Diferentes trabajos coinciden en hallar diferencias de género sobre todo con grandes grupos de participantes (Frías, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992). En los estudios con adultos las tasas apuntan en dos direcciones; o bien la tasa de las chicas es mayor que la de los chicos, o bien es similar para ambos grupos. Esta tasa es de alrededor del doble en la mujer que en el hombre, no obstante las muestras suelen ser más homogéneas. Si recuperamos estudios anteriores, Kandell y Davies (1982) ya encontraron que las adolescentes de 14-18 años tenían más síntomas depresivos que los chicos. En muestras españolas concordaban los hallazgos (Del Barrio y Mestre, 1989; Domènech y Polaino-Lorente, 1990). En nuestro caso el número de chicas de la muestra es muy superior (188 chicas y 124 chicos) por lo que no disponemos de otra explicación plausible para entender que el número de chicas con CDI igual o superior a 19, sea cinco veces superior al de los chicos. Sin embargo

Rodríguez-Testal y cols.; (2002) mantienen que estas diferencias pueden deberse a la amplitud de la población estudiada, puesto que cuando se consideran submuestras, las diferencias entre varones y mujeres se diluyen.

De la misma manera, la mayor puntuación en sintomatología depresiva obtenida por las adolescentes, podría ser considerada como una conducta de mayor reactividad o susceptibilidad de ser afectadas negativamente por los acontecimientos vitales negativos en el procesamiento de sensaciones viscerales y somáticas, tal y como mantienen Barra y cols.; (2005). No podemos olvidar, por otra parte, el hecho que la pubertad de las mujeres tienda a ser más temprana, lo cual puede exponerlas en mayor grado que a los hombres, a enfrentarse a nuevos acontecimientos estresantes y cambios en las normas sociales y expectativas conductuales, antes de que ellas estén psicológicamente preparadas para tales desafíos.

Queremos apuntar otra posibilidad; se ha detectado en la depresión que la influencia ambiental es más importante en los primeros años de vida, mientras que en la adolescencia, el peso genético se vuelve mayor sobre todo en las chicas (Scourfield, Rice y cols., 2003) lo que concuerda con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

La sintomatología depresiva alcanza cotas entre el 10% y el 20% en los adolescentes. Este tipo de padecimientos puede incidir en su desarrollo psicológico. En el presente trabajo se estudió la relación entre los estilos de apego, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos, así como la incidencia de la edad y el género en estas variables. La muestra está formada por 312 adolescentes escolarizados con edades entre 14 y 18 años. Los resultados indican una conexión significativa entre los estilos de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales, lo que coincide con los resultados de gran parte de la literatura al respecto. En esta misma línea, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el número de acontecimientos vitales negativos experimentados correlaciona positivamente con la sintomatología depresiva.

Palabras clave: adolescentes, depresión, estilos de apego, acontecimientos vitales.

Referencias bibliográficas

- ABELA, J., & TAYLOR, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in School children: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 408-419.
- ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B., METALSKY, G., JOINER, T.E. & SANDIN, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 211-222.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1993). Effects of a Negative Life Events and Negative Perceived Problem-Solving Alternatives on Depression in Adolescents: A Prospective Study. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, 34, 743-747.

- AINSWORTH, M.D. & BELL, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
- AINSWORTH, M.D., BLEAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AIZPURU, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44.
- ALLOY, L.B., CLEMENTS, C.M. & KOLDEN, G. (1985). The Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Therapeutic Implications. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York: Academic Press.
- ALVES, C.P. (1995). *Quem sou eu?. O processo de identidade de uma jovem adolescente*. Sao Paulo: Cabral Editora Universitaria.
- ALVES, C.P. (1998). Adolescencia e identidad. *II Congreso Iberoamericano de Psicología* (13-17 de julio). Madrid. Disponible en <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/basicos/t79.htm>.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J., & WORTHMAN, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51-61.
- ARNOLD, L.E. (1990). *Childhood Stress*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- AYSAN, F., THOMPSON, D. & HAMARAT, E. (2001). Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school students: A Turkish sample. *The Journal of Genetic Psychology*, 162, 402-411.
- BARRA, E., CANCINO, V., LAGOS, G., LEAL, P., & SAN MARTIN, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, Vol. 15, núm. 2:231-239.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- BECK, A.T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber, 1967.
- BELSKY, J. (1999a). International and contextual determinants of attachment security. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 249-264. New York: Guilford.
- BELSKY, J. & ISABELLA, R. (1988). Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security. En J. Belsky y T. Nezworsky (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- BIFULCO, A., MORAN, P.M., BALL, C., & BERMAZZANI, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- BILLINGS, A., & MOOS, R. (1984). Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- BLOS, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. New York: Free Press.
- BOTELLA, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, nº 3, pag: 28-34.
- BOTELLA, L. (1994). Emociones y construcción del significado: Implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. Barcelona: *Revista de psicoterapia*, vol. IV, 16, 39-55.
- BOURBEAU, L., DILE, M., ELNICK, A. & LABOUVIE-VIEF, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 6, 1656-1669.
- BOWLBY, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Reimpresión. Madrid: Ediciones Morata.
- BOWLBY, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1993). *La separación afectiva. El apego y la pérdida*, 2. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Reimpresión; Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3. Loss, Sadness and Depression. The Hogarth Press: Londres.
- BROWN, G.W., & HARRIS, T.O. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- BROWN, G.W., BIFULCO, A. & HARRIS, T. (1986). Life stress, cronic, subclinical symptoms and vulnerability

- to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 11, 1-9.
- BROWN, G.W. (1989). Life Events and Measurement. In G.W. Brown, y T.O. Harris. *Live events and illness*. New York: Guildford Press
- CALZADA, R., ALTAMIRANO, N., & RUIZ, M.L. (2001). La adolescencia. *Acta Pediátrica de México*, 22, 288-291.
- CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A.; (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- CASSIDY, J. & BERLIN, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-994.
- CHANG, E. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: Examining a cognitive-affective mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 416-429.
- CLARK, D.A. & BECK, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro. *Manual de Psicoterapias cognitivas* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- CODDINGTON, R.D. (1972). The significance of Life events as etiologic factors in diseases of children II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 16, 205-213.
- COLLINS, N.L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- CROOK, T. & ELIOT, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.
- DANIEL, D. & MOOS, R.H. (1990). Assessing life events stressors and social resources among adolescents: applications to depressed youth. *Journal of Adolescence Research*, 5, 268-289.
- DEL BARRIO, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Edit. Ariel.
- DEL BARRIO, V. & CARRASCO, M.A. (2006). Maternal rearing and depression. 26th *International Congress of Applied Psychology*, 17-22, Julio, Atenas.
- DEL BARRIO, V., MESTRE, M.V., TUR, A.M. & SAMPER, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 57 (1), 5-20.
- DEL BARRIO, V. (2002). *Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- DEL BARRIO, V. (2001b). Avances en depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica*, 76, 3-23.
- DEL BARRIO, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 6, 2, 171-209.
- DEL BARRIO, V., & MESTRE, V. (1989). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- DIAMOND, G.S. & LIDDLE, H.A. (1999). Transforming Negative Parent-Adolescence Interactions in Family Therapy: From Impasse to Dialogue. *Family Process*, 38, 1, 5-26.
- DOMÉNECH, E. & POLAINO-LORENTE, A. (eds) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- EL-SHIKH, H., FAHMY, E., MICHAEL, V.S. & MOSELHY, H.F. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *Eur. J. Psychiatry. (Ed. Esp.)*. Vol. 18, nº3, pp. 162-170.
- ELZO, J. (2000). *El silencio de los adolescentes*. Madrid: Vivir mejor.
- ELZO, J. (1998). Evaluación de la realidad sociológica del adolescente en nuestro país. *Intervención Psicológica en la Adolescencia. Libro de Ponencias del VIII Congreso INFAD* (pp. 9-26). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- ERIKSON, E.H. (1980). *Identidad: juventud y crisis*. Madrid: Taurus
- FEENEY, B.C. & KIRKPATRICK, L.A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 255-270.
- FIGUERAS, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Universidad de Barcelona. Tesis Doctoral.
- FLORES, P.J. (2001). Addiction as an attachment disorder: implications for group therapy. In *Journal Group Psychotherapy*, 51 (1), 63-81.
- FONAGY, P. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs.
- FOX, N.A., KIMMERLY, N.L., & SCHAFER, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- FREUD, A. (1958). Psychological study of the child. *Adolescence*; 13: 255-278.
- FRÍAS, D., MESTRE, V., DEL BARRIO, V. & GARCÍA-ROS, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Revista de Psicología*, 52, 121-131.
- GE, X., CONGER, R. & ELDER, G. (2001). Pubertal transition, stressful life events and the emergence of gender

- differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 404-417.
- GERLSMA, C., & LUTEIJN, F. (2000). Attachment style in the context of clinical and health psychology: a proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 15-34.
- GIRÓN, S., RODRIGUÉZ, R. & SÁNCHEZ, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Revista Psiquis*, vol 24, nº1, pp 5-14.
- GOLDBERG, S., GOTOWIEC, A., & SIMMONS, R.J. (1995). Infant-mother attachment and behaviour problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology*, 7:267-282.
- GOTLIB, I.H., & HAMMEN, C.L. (1996). *Psychological aspects of depression*. New York: Wiley.
- GREENBERG, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 469-496. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & PAIVIO, S.C. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- GRIFFIN, D., & BARTHOLOMEW, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 3, 430-445.
- HALBERSTADT, A.G. (1991). Toward end ecology of expressiveness. En R.S. Feldman y B. Rimé, *Fundamentals of Nonverbal Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- HAMMEN, C. (1997). *Depression*. East Sussex: Psychology Press.
- HOLMES, T.H. & DAVIS, E.M. (1989). *Life change, life events, and illness*. New York: Praeger.
- HOLMES, T. & RAHE, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 2, p.213.
- HERVÁS, N. (2000). El Sistema de Apego en la Generación de los Padres y Terapia Familiar. *Sistémica*, nº 8, 89-99.
- HERRERO, J. & MUSITU, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*. Vol. 13, nº 2, pp. 195-203.
- HILLSMAN, R. & GARBER, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- HUBBS-TAIT, L., OSOFSKY, J., HANN, D., & CULP, A. (1994). Predicting behaviour problems and social competence in children of adolescents mothers. *Family relations*, 43:439-446.
- JACOBOWITZ, D., & HAZEN, N. (1999). Development pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. En *Attachment Disorganization*, ed. I. Solomon y C. George, pp. 127-159. New York: Guilford Press.
- KANDEL D.B. & DAVIES M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- KAPLAN, S. L., HONG, G. K., & WEINHOLD, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, 23, 91-98.
- KASHANI, J. H., & CARLSON, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- KASHANI, J. H., HOLCOMB, W. R., & ORVASCHEL, H. (1986). Depression and Depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- KASHANI, J. H., & RAY, J. S. (1983). Depressive related symptoms among preschool-age children in a child development unit. *Child Psychiatry and Human Development*, 13, 233-238.
- KAZDIN, A.E. (1990). Psychoterapy for children and adolescents. *Annual Review*, 41, 21-54.
- KEARNEY-COOKE, A. (1999). Gender differences and self-esteem. *The Journal of Gender-Specific Medicine*: 2, 46-52.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Contructs* (Vols.1 y 2). London: Routledge.
- KELLY, G.A. (1963). *Teoría de la personalidad*. Ed. Troquel 1966.
- KESSLER, R.C., AVENEVOLI, S. & MERIKANGAS, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic Perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- KESSLER, R.C., (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- KLEIN, D.N. (1997). Longitudinal course of dysthimic disorder. En J. Licinio, .C.L. Bolis, y P. Gold, (Eds.) *Dysthymia*. (pp.9-20). Geneva: World Health Organization.
- KIM, K.J., CONGER, R.D., ELDER, Jr. G.H., & LORENZ, F.O. (2003). Reciprocal influence between life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143.
- KIRK, W. G. (1993). *Adolescents suicide: A school-based approach to assessment intervention*. Champaign, III, USA: Research Press.
- KOVACS, M., (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Multi-Health Systems. New York. U.S.A.

- KOVACS, M., (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-8.
- KOVACS, M., OBROSKY, D.S., GATSONIS, C., & RICHARDS, C. (1997). First episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and socialdemographic factors in recovery. *Journal Of Abnormal Psychology*, 105, 299-312.
- KUIPER, N.A., & OLINGER, L.J. (1989). Stress and cognitive vulnerability for depression: A self-worth model. En R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychology stress*. New York: John Wiley and Sons.
- KWON, S. L., & OEI, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- LAFUENTE, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190.
- LEWINSOHN, P.M., ALLEN, N.B., GOTLIB, I.H. & SEELEY, J.R. (1999). First onset versus recurrence of development. Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- LEWIS, M., FEIRING, C. & ROSENTHAL, S. (2000). Attachment Over Time. *Child Development*. 71, (3), 707-720.
- LEZA, J.C. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 11 (2-3), 123-140.
- LIOTTI, G. (1995). Disorganized/disorientated attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. En *Attachment Theory: Social, Development, and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr, pp. 343-363, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LOSS, N., STEVEN, J., BECK, S.J. & WALLACE, A. (1995). Distressed and Nondistressed Third- and Sixth-Grade Children's Self-Reports of Life Events and Impact and Concordance with Mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 397-409.
- LUCIO, E., LEÓN, I., DURÁN, C., BRAVO, E., & VELASCO, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*. Vol. 24, nº 5, 17-24.
- LYONS-RUTH, K., ALPEM, L., & REPACHOLI, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child Development*, 64:572-585.
- LYONS-RUTH, K., EASTERBROOKS, A., & CIBELLI, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Development Psychology*, 33:681-692.
- LYONS-RUTH, K., BRONFMAN, E., & PARSONS. (1999). Atypical attachment in infancy and early Childhood among children at development risk: IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. En *Typical Patterns of Infant Attachment: Theory, Research and Current Directions*, ed. I. Vondra y D. Barnett, pp. 67-96. Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 64.
- MCGEE, WILLIAMS, S. & NADA-RAJA, S. (2001). Low self-esteem and helplessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of abnormal Child Psychology*, 29, 281-291.
- MAIN, M. (1996). Introduction to the special Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64 (2): 237-243.
- MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightened parental behaviour the linking mechanism? En *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, ed. M. Greenberg, D. Cicchetti, y E.M. Cummins, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.
- MARINA, J. A. & LÓPEZ PERNAS, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- MÉNDEZ, F. X. (2001). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- MESTRES, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTI J.M., HEAPE, C.L., & EGAN, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- MIKULINER, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524.
- MIKULINER, M. (1997). Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 2, 1217-1230.
- MORENO, C., DEL BARRIO, V. & MESTRE, V. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología*, 1, 1, 10.
- MORENO, C., DEL BARRIO, V. & MESTRE, V. (1995). Acontecimientos Vitales en Adolescentes: Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica*.
- MORENO, C. (1992). *Relación entre estado emocional y acontecimientos vitales en adolescentes valencianos*.

Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

- MORENO, C. & DEL BARRIO, V. (1992). *Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA)*. Madrid: UNED (No publicado).
- MUSITU, G. & CAVA, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro
- MUSITU, G., BUELGA, S., LILA, M.S. & CAVA, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- NIEDENTHAL, P.M., BRAUER, M., ROBIN, L., & INNES-KER, A.H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 419-433.
- O'DOHERTY, F. & DAVIES, J.B. (1987). Life events and addiction: a critical review. *British Journal of Addiction*, 82, 127-137.
- O'NEIL, S., COHEN, L., TOLPIN, L. & GUNTHER, K. (2004). Affective reactivity to symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 172-194.
- OLINGER, L.J., KUIPER, N.A. & SHAW, B.F. (1987). Dysfunctional Attitudes and Stressful Life Events: An Interactive Model of Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- OLIVA, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1):65-81.
- OLIVA, A. & PARRA, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (2): 181-196.
- OGAWA, J.R., SROUFE, L.A., WEINFELD, N.S., CARLSON, E.A., & EGELAND, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9:855-879.
- PALMERO, F. (2000). Emoción: breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista española de Motivación y Emoción*. Vol. 1, 163-167.
- PARKER, G. (1992). Early environment, en E.S. Paykel (ed): *Handbook of affective disorders*, 2ª ed., Edinburgh: Churchill Livingstone.
- PARKER, G., TUPLIN, H., y BROWN, B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PHILIPPI, M.I., y ROSELLÓ, J. (1995). *Ideación suicida en un grupo de jóvenes con depresión*. Ponencia presentada ante el XXV Congreso Interamericano de Psicología, San Juan, Puerto Rico.
- PINE, D., COHEN, E., COHEN, P. y BROOK, K.J. (1999). Síntomas depresivos en la adolescencia como factor predictivo de la depresión en la adultez. ¿Melancolía o trastorno del estado de ánimo? *American Journal of Psychiatry*; 1:61-63 (edición española).
- PUIG-ANTICH, J. (1982). *Depresión en la infancia y la adolescencia*. En Paykel, E.J. (coord.) 1985. *Manual de trastornos afectivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- REYNOLDS, W. M. (1983). *Depression in adolescents: Measurement epidemiology, and, correlates*. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologists, Detroit.
- REYNOLDS, W. M., y MAZZA, J. J. (1990). *Suicidal behavior and depression in adolescents*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, USA.
- RODRIGUÉZ-TESTAL, J.F., CARRASCO, M.A., DEL BARRIO, V., y CATALÁN, Mª.C. (2002). Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de Psicología*, 33, (3), 433-452.
- ROSELLÓ, J. y BERRÍOS, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol. 38, nº 2, 295-302.
- ROSENSTEIN, D.S., y HOROWITZ, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- RUTTER, M. (1966). *Children of sick parents: an environment and psychiatric study*. Londres: Oxford University Press.
- SÁNCHEZ-QUEJIA, I. y OLIVA, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 71-86.
- SANDÍN, B., CHOROT, P., SANTED, M., VALIENTE, R.M. (2002). Estrés y Salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés*. Vol.8(1), 73-87.
- SANDÍN, B. (1999). Los sucesos vitales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 36-59). Madrid:Klinik.
- SCALES, P.C. (1991). *A portrait of young adolescents in the 1990s: Implications for promoting healthy growth and development*. Minneapolis, MN: Search Institute/Center for Early Adolescence.
- SCHWARTZ, J.A., KASLOW, N.J., SEELEY, J. y LEWINSON, P. (2000). Psychological, cognitive, and

- interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 188-198.
- SCOURFIELD, J., RICE, F., THAPAR, A., HAROLD, G., MARTIN, N. y MCGUFFIN, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 968-976.
- SERRA, E. y ZACARÉS, J.J. (1999). Adolescentes españoles. En F.P. Rice (Ed.): *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.
- SHAFII, M. y LEE SHAFII, S., (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- SHAW, D.S., OWENS, E.B., VONDRA, J.I., KEENAN, K., y WINSLOW, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8:679-699.
- SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, «mindsight», and neural integration. *Inf Ment Health Journal*; 22: 67-94.
- SIMPSON, J.A., RHOLES, W.S., y PHILLIPS, D. (1996). Conflict in close relations and attachment perspective. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.
- SLADE, A. (1987). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*, 17: 326-335.
- SOLOMON, J., GEORGE, C., y DEJONG, A. (1995). Children classified as controlling at age six: evidence disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology* 7:447-463.
- SPELTZ, M.L., GREENBERG, M.T. y DEKLYEN, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behaviour: a comparison of clinic-referred and non-problem children. *Development and Psychopathology* 2:31-46.
- SROUFE, L.A., CARLSON, E.A., LEVY, A.K., EGELAND, B. (1999). Implications of Attachment Theory for Developmental Psychopathology. *Developmental Psychopathology*. 11(1):1-13.
- STARK, K., HUMPHREY, L., LAURENT, J., LIVINGSTON, R. y CHRISTOPHER, J. (1993). Cognitive behavioural and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 878-886.
- STEIN, B.A., MARTON, P., GOLOMBEK, H., KOREMBLUM, M. (1994). The relationship between life events during adolescence and affect and personality functioning. *Can. J. Psychiatry*, 39 (6): 354-7.
- TERI, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- THOMAS, A. y CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.
- TRIANES, M. (2002). *Estrés en la infancia: prevención y tratamiento*. Madrid: Nancea.
- VALDÉS, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 139-149.
- WAGNER, B.M., COHEN, P. y BROOKS, J.S. (1996). Parent/adolescent relationship. Moderators of the effects of stressful life events. *J. Adolescent Research*, 11(3):347-374.
- WARREN, S.L., HUSTON, L., EGELAND, B. y SROUFE, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-744.
- WATERS, E., HAMILTON, C.E., y WEINFELD, N.S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Development*, 71, 678-683.
- WEINFELD, N.S., SROUFE, L.A., EGELAND, B., y CARLSON, A.E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 68-88. New York: Guilford.
- WEISS, B., WEISS, J.R., POLITANO, M., CAREY, M., NELSON, W.M. y FINCH, A.J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children's versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
- WELLER, E. B. y WELLER, R. A. (2000). Depression in adolescents, growing pains or true morbidity? *Journal of Affective Disorders*, 61, S9-S13.
- WILDE, J. (1996). *Treating anger, anxiety and depression in children and adolescents*. Washington Accelerated Development.
- WINNICOTT, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Argentina: Lumen-Home.
- WISE, E.H. y BARNES, D.R. (1986). The Relationship Among Life Events, Dysfunctional Attitudes, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- ZEANAH, C.H., BORIS, N.W. y SCHEERING, M.S. (1997). Psychopathology in Infancy, *Journal of Child Psychology*, 31, 396-302.

APEGO E HIPERACTIVIDAD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO.

Manuela García Quiroga

Unidad de Salud Mental, Hospital de Quilpué (Chile). Universidad Autónoma Barcelona.

Margarita Ibáñez Fanes

Servicio de Psiquiatría Hospital San Juan de Dios. Universidad de Barcelona, España.

E-mail: psmanuelagarcia@gmail.com

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the main reasons for attending Child Psychological and Psychiatric services. Recent studies have suggested that ADHD may appear in the context of unsecure attachment. The present article shows the results on an exploratory study that inquires in the internal representations of children diagnosed with ADHD and their mothers, through psychological testing. The distribution of attachment is studied comparing it with non clinical population results, and a relationship between children and mothers attachment style is established, in terms of qualitative and quantitative characteristics as well as the symptoms of the disorder. The results show significant differences in attachment style in clinical and control patients. The clinical implications of the findings and the need for attachment considerations in the treatment of ADHD are discussed.

Key words: Attachment, hyperactivity, bond, attentional deficit.

INTRODUCCIÓN

a. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es actualmente uno de los más frecuentes motivos de consulta en los equipos de psiquiatría infantil. El aumento del diagnóstico de este trastorno ha producido un importante interés por estudiar sus causas y mejorar su evaluación y tratamiento. Diversos estudios y publicaciones reflejan una alta incidencia de esta problemática entre la población infantil. Se estima que entre un 3% y un 8% (Gratch, 2000; Green y Chee 2000; Orjales 1998) de niños menores de 10 años presentan Déficit de Atención con

Hiperactividad y que el trastorno es más frecuente en niños que en niñas en una proporción de 10 a 1 (Orjales, 1998).

Los síntomas principales del TDAH son la **falta de atención**, la **impulsividad** y la **hiperactividad**, algunos niños pueden presentar solo una de estas variantes pero lo más común es que exista una mezcla de ellas.

Los estudios realizados sobre TDAH permiten afirmar que se trata de un trastorno consensuado como un claro ejemplo de problemática bio-psico-social (Goldstein, 1998).

Respecto a la etiología, se considera que el TDAH es un trastorno multicausal, influyen en su aparición y curso factores de disposición genética, factores biológicos adquiridos, factores relacionados con la neuropsicología y condiciones familiares y escolares adversas que son especialmente importantes en la evolución del trastorno (Hervás, 2004).

El TDAH es un trastorno que afecta las distintas esferas de la vida del niño (escolar, familiar y social), generando una importante merma en su autoestima. Suele iniciarse tempranamente y persistir a lo largo de todo el período escolar hasta la vida adulta.

Las recomendaciones terapéuticas incluyen el tratamiento multimodal y multicontextual, otorgando una gran importancia al papel desempeñado por los padres en el tratamiento. La desregulación de la relación padres-niño es muy frecuente en los casos de TDAH y aumenta aún más las fuentes de excitación del niño, empeorando las características del trastorno (Ibáñez, 2004).

Las recomendaciones a los padres en general incluyen clarificación de las normas, ambiente familiar ordenado y organizado y exigencias adaptadas a las capacidades del niño. Sin embargo muchas veces estas recomendaciones se hacen difíciles de cumplir para los padres en gran medida debido a que muchos de estos padres también presentan o presentaron en su niñez TDAH (entre el 30 y el 40 % de los niños diagnosticados con TDAH, tienen familiares consanguíneos que tienen, o tuvieron cuando niños, similares dificultades, según señala Gratch, 2000), lo que los hace ser más impulsivos y distráctiles en la relación con sus hijos y muchas veces genera pautas disfuncionales en la familia. También influye de modo importante el desgaste que se va produciendo en la relación entre el niño y sus padres debido al escaso control de los impulsos que presenta el niño, su mal comportamiento, la poca eficacia de los métodos habituales de disciplina y la reiterada frustración que sienten los padres al intentar contener a su hijo, todo lo cual va generando estrés en la familia y empeorando progresivamente el vínculo entre el niño y sus padres. Lo anterior puede desencadenar en los padres actitudes de evitación o, por el contrario, de sobreinvolucramiento que pueden agravar el curso del trastorno o entorpecer el tratamiento indicado al niño.

b. Apego

Descrito por Bowlby en 1969, el apego consiste en “un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna” (sea esta la madre o su principal cuidador). Hacia el final del primer año, esta conducta se organiza como un sistema y se vuelve activa cada vez que se dan ciertas condiciones en las que la seguridad del niño pelagra de algún modo (situaciones atemorizantes, dolor, cansancio o cuando él siente que su madre es inaccesible). Este conjunto de conductas tiene como finalidad la protección y un rasgo importante es la intensidad de la emoción que la acompaña. La conducta de apego se alterna con la de exploración del medio, de manera que si la conducta de apego se activa el niño cesa temporalmente su conducta de exploración (Bowlby, 1989).

Se han definido cuatro tipos principales de apego, estudiados inicialmente por medio del procedimiento de “la situación extraña” creado por Mary Ainsworth:

a) Apego Seguro: Estos niños confían en que sus padres o figuras parentales serán accesibles, sensibles y colaboradoras si ellos se encuentran en una situación difícil o atemorizante, con esta seguridad se atreven a explorar el mundo.

En sus relaciones con otros niños en la edad escolar, tienen respeto y empatía con los niños afligidos, son menos susceptibles a los rechazos y cuando están en grupos grandes mantienen lealtad y confianza respecto a sus amigos más cercanos.

Este patrón de apego se ve favorecido por el progenitor cuando se muestra fácilmente accesible y atento a las señales de su hijo y amorosamente sensible cuando éste busca consuelo y cariño.

b) Apego Inseguro-Evitativo: Estos niños no confían en que cuando busquen cuidados recibirán una respuesta servicial, por el contrario, esperan ser desairados e intentan volverse autosuficientes.

En su relación con otros niños en la edad escolar parecen tener menor probabilidad de mostrar aflicción y dependencia cuando se lastiman o desilusionan, tienden a victimizar a los otros y pueden dar la falsa impresión de ser emocionalmente maduros sin embargo son menos capaces de disfrutar la proximidad y la intimidad.

Este patrón de apego suele ser el resultado de una actitud rechazante de la figura de apego cuando el niño se acerca a ella en busca de protección y consuelo (relacionada probablemente a su vez, con sus propias dificultades de apego), aquí el conflicto suele estar más oculto y es una forma relacional de adaptación a experiencias dolorosas y desbordantes para las capacidades psicológicas y emocionales del niño en la edad temprana.

c) Apego Inseguro-Ambivalente o Ansioso: Estos niños están inseguros de si su progenitor será accesible o sensible o si lo ayudará cuando lo necesite pero a la vez hay una abundante expresión de las emociones entre el niño y la figura de apego, aunque poco adecuadas a la experiencia que comparten en la realidad. A

causa de esta incertidumbre, el niño siempre tiene la tendencia a la separación ansiosa y al aferramiento y se muestra ansioso frente a la exploración del mundo.

En la edad escolar estos niños suelen tener más posibilidades de ser victimizados. Tienen una tendencia a mostrar falta de estabilidad, ser irritables y perder el control con facilidad.

Esta pauta de apego, en la que el conflicto es evidente, se ve favorecida por el progenitor que se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones, pero no en otras, y por las separaciones y amenazas de abandono utilizadas como medio de control.

d) Apego Inseguro Desorganizado: Esta categoría se estableció posteriormente (Main y Solomon, 1990), al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías anteriores pero presentaban características en común. Estos niños muestran comportamientos desorganizados e incoherentes. Los movimientos parecen congelarse y muchas veces presentan conductas estereotipadas.

Este patrón de apego se ha encontrado con mayor frecuencia en poblaciones de niños de alto riesgo (tales como niños sometidos a deprivación, maltrato o abusos) y resulta predictivo de problemas de comportamiento en la infancia (Solomon, George & DeJong, 1995).

La distribución de estos patrones en población no clínica, según diversos estudios realizados en Estados Unidos y Europa es la siguiente (ver Brisch, 2002 para una revisión): **67%** de la población clasificada como teniendo un **vínculo seguro**, **21%** como **inseguro evitativo** y **12%** **inseguro ansioso**. Como ya se ha señalado, el porcentaje de niños que presentan conductas desorganizadas es más alto en muestras clínicas. Mientras más alto sean los niveles de riesgo del niño (incluyendo riesgo biológico) y los de los padres (por ejemplo psicopatología parental), con mayor frecuencia y claridad nos encontraremos con desorganización en el niño.

Los patrones de apego han demostrado ser flexibles en el primer tiempo pero luego se van estableciendo como formas estables de relación y crean las **representaciones internas del apego** o **modelos operativos internos** que suelen persistir hasta la edad adulta. “A medida que el niño crece la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla (o a imponer alguna pauta derivada de ella) en las nuevas relaciones: con un maestro, una madre adoptiva o un terapeuta” (Bowlby, 1989).

c. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y Apego

El tema de los modelos vinculares internos de Apego en los niños con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad ha sido escasamente estudiado. Existe, sin embargo, un número importante de estudios en temas relacionados (ver Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel 2002 para una revisión) que entregan soporte para pensar en una asociación entre TDAH y

trastornos del vínculo:

En primer lugar los niños con TDAH presentan un importante déficit en las habilidades de auto-regulación (control de impulsos, capacidad de autocalmarse, perseverancia, inhibición, etc.), en cuyo desarrollo juega un rol fundamental la interacción temprana entre el niño y sus padres. Los bebés dependen inicialmente de la habilidad que tengan sus padres o cuidadores principales para contener y regular sus estados psicofisiológicos (Cassidy, 1994; Field, 1994), esta relación temprana establece la base sobre la cual el niño adquiere gradualmente las habilidades de autorregulación. En una relación conflictiva entre el niño y sus padres la adquisición de estas capacidades se ve afectada. De hecho se ha observado que los niños que presentan un vínculo inseguro son más vulnerables a presentar problemas de regulación de los afectos y la conducta, tal como ocurre en los niños con TDAH (Casidy, 1994).

En segundo lugar, complementando lo anterior, las investigaciones señalan que la seguridad en el vínculo tiene efectos positivos en el desarrollo de competencias en las que los niños con TDAH presentan dificultades, tales como la atención sostenida (Maslin-Cole & Spieker, 1990) persistencia en la resolución de tareas y afecto positivo (Matas, Arend & Sroufe, 1979), control cognitivo sobre los impulsos y postergación de la gratificación (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi & Ziegenhain, 1997; Olson, Bates & Bayles, 1990).

La investigación de las interacciones actuales entre padres e hijos con TDAH revelan patrones similares a los observados en el contexto de relaciones de apego inseguro (parentalidad caracterizada por bajo involucramiento, negatividad y falta de respuesta a las señales del niño o intrusividad). Estudios como los de Danforth, Berkley & Stokes (1991) muestran que las madres de niños con TDAH responden menos a interacciones neutrales o positivas iniciadas por el niño y tienden a un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva y controladora y usan menos estrategias de parentalidad positivas.

Desde una perspectiva complementaria, es interesante también observar que muchas madres de niños con TDAH refieren que sus hijos desde muy pequeños fueron irritables, difíciles de calmar, muy activos y resistentes a los cambios en los patrones de alimentación. Esto hace que sean niños difíciles de cuidar, lo que influye negativamente en el establecimiento de un vínculo seguro entre el niño y sus padres (Clarke et al., 2002). De hecho, los padres de niños con TDAH suelen percibir la relación con sus hijos como significativamente más negativa que los padres de niños que no presentan este trastorno (Gerdes, Hoza & Pelham, 2003).

Hasta la fecha de realización de este estudio, existen dos trabajos de referencia en la literatura, específicos en el tema de hiperactividad y vínculo. El primero es un estudio de casos realizado en 1997 por Stiefel, con niños con diagnóstico de TDAH en el que se concluye que existirían dos patrones de apego que parecen ser relevantes en relación a este trastorno TDAH, en primer lugar un patrón ansioso-

preocupado y en segundo lugar uno caracterizado por la desorganización (que reflejaría mayor patología parental y factores sociales adversos). Este estudio también destaca que las madres de los niños con TDAH se muestran inseguras y estresadas en su rol maternal y que durante su propia infancia experimentaron un modo de relación con sus padres que no desean repetir con sus hijos, específicamente percibían la relación con sus madres como distante o conflictiva por lo que sus representaciones internas del vínculo les dificultan encarar su rol con suficiente confianza (Stiefel, 1997).

Luego de este estudio preliminar, la misma autora junto a otros investigadores realizaron en 2002 un estudio con 38 niños, estableciendo un grupo control y otro clínico con diagnóstico de TDAH. Las conclusiones de este estudio señalan que las respuestas de los niños con TDAH a las pruebas aplicadas, reflejan una historia vincular en la que los padres o cuidadores fueron poco accesibles y poco responsivos a las necesidades del niño. Los niños con TDAH tendieron a sobre reaccionar ante situaciones de separación, expresando conductas y sentimientos extremos. Estos niños también tendieron mucho más que los del grupo control a describir la relación con sus padres en términos negativos, los padres eran descritos como poco sensibles y poco creíbles. En otras ocasiones los niños describían un ciclo negativo en el que el mal comportamiento del hijo, en respuesta a una separación de los padres, elicitaba respuestas parentales agresivas. Asimismo los niños con TDAH mostraron menores niveles de orgullo en relación a su familia y mayores niveles de vulnerabilidad, tensión, enojo e inversión de roles madre-hijo.

Los autores sugieren una asociación entre TDAH y vínculo inseguro. El patrón vincular inseguro en este grupo se caracterizaría por una alta expresividad emocional y fuertes afectos fuera de control, lo que sería consistente con un estilo vincular ansioso ambivalente o desorganizado como predominante en el grupo de niños con TDAH. Los autores señalan también la importancia de considerar intervenciones a nivel de la relación entre los padres y el niño en los casos en los que el vínculo se encuentre afectado (Clarke, et al., 2002).

Todo lo anterior nos lleva a pensar que el TDAH es un trastorno en el que la relación entre el niño y sus padres se encuentra fuertemente afectada, existiendo aspectos relacionados con los estilos parentales y con las características del niño que dificultan el logro de un vínculo seguro. El estudio de los aspectos relativos al vínculo podría aportar indicadores de vulnerabilidad y de posibles relaciones con la respuesta al tratamiento.

II. METODOLOGÍA

1- Muestra

La muestra estuvo conformada por un grupo clínico de 17 niños (14 varones y 3 niñas) y sus madres. El promedio de edad de los niños fue de 7 años dentro de

un rango de entre 6 y 8 años de edad. Los niños provienen de una población clínica correspondientes a casos que se encuentran en tratamiento en los Servicios de Psicología y Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital San Juan de Dios en Barcelona (España), con el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Adicionalmente a los datos obtenidos en los 17 casos del grupo clínico, se dispuso de datos de población no-clínica, estudiada por el equipo investigador del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Estos datos corresponden a un grupo de niños de un promedio de 6 años cursando primero de primaria, sin trastornos psicopatológicos a los cuales se les aplicó las mismas pruebas que al grupo clínico. Los datos de este grupo control permiten realizar algunas comparaciones con el grupo clínico estudiado, en cuanto a las características de las representaciones vinculares de los niños.

2- Procedimiento y Pruebas empleadas

La evaluación de los casos clínicos se realizó en el contexto del seguimiento psicoterapéutico, en coordinación con el profesional a cargo y con el debido consentimiento de las familias. Al final del proceso se entregó un informe de evaluación de cada caso, con los resultados obtenidos, al profesional a cargo.

Se utilizaron las siguientes pruebas:

- a) Para objetivar el diagnóstico de TDAH :

Inventario de Síntomas infantiles (CSI-4, Sprafkin & Gadow, 1996).

Este inventario entrega información sobre la presencia de trastornos psicopatológicos en el niño. Los resultados se organizan según las categorías establecidas en el DSM-IV. Se utilizaron dos formas, la primera respondida por los padres y la segunda por los profesores para evaluar al niño en distintos contextos.

- b) Para evaluar las representaciones vinculares del niño :

Attachment Story Completion Task (ASCT) (I. Bretherton 1990), codificada con el **CCH** (R. Miljkovitch y B. Pierrehumbert, 2003) Esta prueba proporciona información sobre las representaciones de apego de los niños entre 3 y 8 años de edad. Consiste en la presentación, por medio de una familia de muñecos, de una serie de historias incompletas para las que el niño debe construir un final. Cada historia aborda un tema relevante en relación a la temática del apego y de las relaciones del niño y sus padres. El tiempo de aplicación de la prueba es de aproximadamente 30 minutos y la sesión es filmada en video (con el consentimiento de los padres) para su posterior corrección. Para la corrección se aplicó el sistema de codificación CCH que utiliza el método Q-sort para evaluar el narrativo del niño, presente a lo largo de las 7 historias propuestas. El tiempo aproximado de corrección es de dos horas por caso. El CCH proporciona las puntuaciones obtenidas por el niño en escalas que indican su situación en los distintos

tipos de apego (seguro, evitativo, ambivalente y desorganizado) y también proporciona los puntajes obtenidos en 10 escalas descriptivas de las características de su narrativo: 1-competencia simbólica, 2-sostén parental, 3-resolución positiva, 4-expresión afectiva, 5- reacción a la separación, 6-distancia simbólica, 7- narrativo verbal, 8-presión parental, 9- falta de coherencia y 10- inseguridad a la reunión.

- c) Para evaluar la representación interna del apego de la madre respecto del niño:

Entrevista R (Stern y otros, 1989), codificada con **Edicode** (B. Pierrehumbert 1999). Esta prueba proporciona información sobre el tipo de representaciones de apego de las madres con respecto al niño, dura aproximadamente una hora y es grabada en cintas de casete (con consentimiento de las madres) para su posterior análisis. Para la corrección se utilizó el sistema Edicode que consiste en la evaluación de las características del discurso (Grice, 1979) que se agrupan en 5 escalas: fluidez, coherencia, adecuación, reflexividad y autenticidad. El tiempo de corrección es de aproximadamente una hora. En base a las puntuaciones obtenidas en estas escalas se construye un perfil que corresponde a una de las tres categorías de apego: Seguro, Inseguro-Evitativo o Inseguro-Preocupado. Esta prueba no proporciona el perfil de la categoría desorganizada, pero se considera como características de alto riesgo en la narrativa materna la baja reflexividad y la baja coherencia.

3- Procesamiento de los datos

Considerando el tamaño de la muestra clínica (inferior a 30 casos) se utilizó la estadística para muestras pequeñas caracterizadas por pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney), para comparar las variables cuantitativas (escalas del grupo clínico con el tipo de apego). Para la relación entre variables categóricas (cualitativas), se utilizó la prueba de chi² (tablas de contingencia). Para comparar el grupo clínico con los datos del grupo control se utilizó la T Student para variables cuantitativas. La comparación de las escalas internamente se hizo mediante la correlación de Spearman.

III. RESULTADOS

1- REPRESENTACIONES VINCULARES DEL NIÑO

Tabla 1. Porcentaje de vínculo seguro e inseguro en grupo TDAH y grupo control		
	Porcentaje grupo TDAH	Porcentaje grupo Control
<i>Vínculo Seguro</i>	47.1	75
<i>Vínculo Inseguro</i>	52.9	25

Al comparar los datos del grupo clínico (47.1% de vínculo seguro y 52.9% de vínculo inseguro) con los obtenidos por el grupo control (75% y 25% respectivamente), se observa un mayor porcentaje de vínculos inseguros en el grupo de niños con TDAH aunque la diferencia no alcanza una significación estadística.

La distribución del tipo de apego inseguro en el grupo de niños con TDAH es la siguiente:

Tabla 2. Tipo de apego inseguro en grupo TDAH y grupo control			
	Porcentaje grupo TDAH	Puntuaciones medias grupo TDAH	Puntuaciones medias grupo control
<i>I. Evitativo</i>	17.6	-,0271	-,1177
<i>I. Ambivalente</i>	17.6	,0418 (a)	-,0897
<i>Desorganizado</i>	35.2	-,1218 (b)	-,4037
(a) $p = ,002$ (b) $p = ,004$			

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas por el grupo TDAH y el control encontramos diferencias estadísticamente significativas. El grupo TDAH obtiene puntuaciones significativamente mayores que el grupo control en las categorías de vinculación inseguro-ambivalente y desorganizado.

2- REPRESENTACIONES VINCULARES MATERNAS EN EL GRUPO CLÍNICO (TDAH).

Tabla 3. Tipo de vínculo en madres de niños TDAH		
	Porcentaje Madres - TDAH	Porcentaje Población General
Vínculo Seguro	23.5 (a)	67
Vínculo Inseguro	76.5	33
(a) $p = .006$		

Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambos subgrupos, con un porcentaje mucho mayor de representaciones vinculares maternas inseguras y un porcentaje bastante bajo de vinculación segura, si comparamos con los estudios existentes sobre el tema que dan como porcentajes habituales en población normal un 67% clasificados como seguros, y un 33% de vínculo inseguro.

Al analizar las características específicas del tipo de apego inseguro existente en las madres se observa lo siguiente:

Tabla 4. Tipo de vínculo inseguro en madres de niños TDAH		
	Porcentaje Madres TDAH	Porcentaje Población General
Seguro	23.5	67
Inseguro-Evitativo	35.3	21
Inseguro-Preocupado	41.2	12

La distribución es bastante similar entre las madres que presentan vínculos inseguros de tipo evitativo y las que presentan vínculos inseguros de tipo preocupado, con un leve predominio de estas últimas. Si bien no existen diferencias significativas estadísticamente, al comparar cualitativamente con los porcentajes habituales en población normal que señalan un 21% de vinculación de tipo evitativo y un 12% inseguro ansioso, vemos que en las madres del grupo clínico TDAH hay mayor vinculación insegura y, especialmente mayor vinculación de tipo ansioso-preocupado.

3- RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO DEL NIÑO Y EL TIPO DE APEGO DE LA MADRE

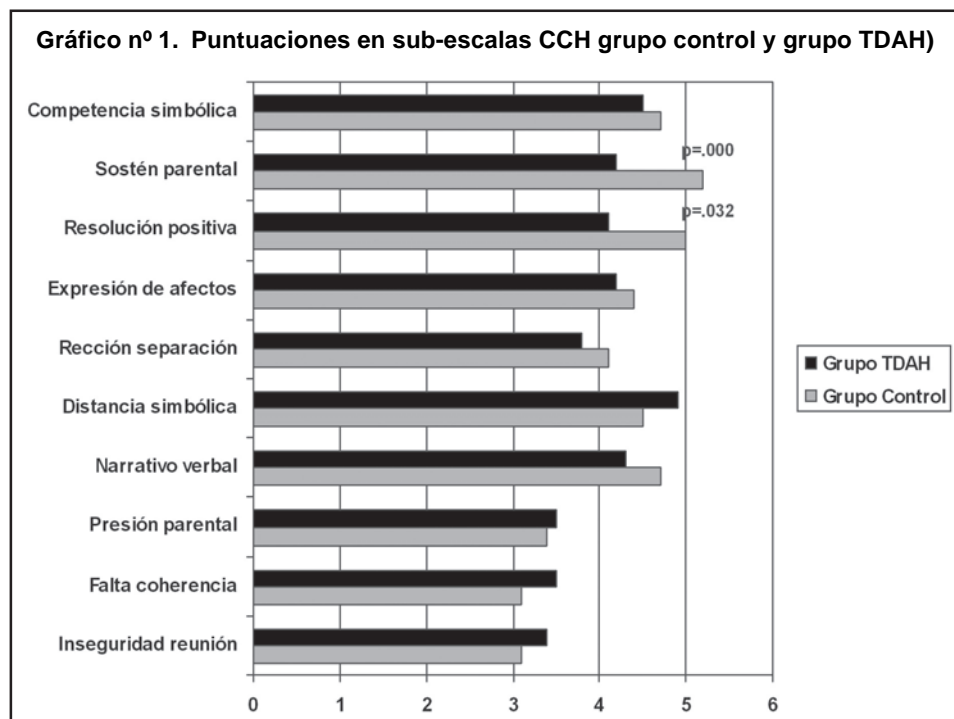
Los cálculos estadísticos indican que no existen diferencias significativas entre los distintos grupos cuando los clasificamos según vínculo seguro o inseguro para las madres y los niños con TDAH por lo que no se puede establecer una relación entre el estilo de apego del niño y el de la madre. Sin embargo cualitativamente al analizar los tipos de apego inseguro en los niños (ver tabla 5) es posible observar cierta tendencia a que los niños con TDAH que puntúan alto en las escalas de tipo de apego seguro, son hijos en su gran mayoría de madres que presentan unas representaciones vinculares seguras, lo mismo ocurre con los niños que puntúan alto en vínculo ambivalente y desorganizado. Sin embargo los niños con TDAH que puntúan alto en vínculo evitativo, son en su gran mayoría hijos de madres inseguras.

Tabla 5. Relación entre estilo vincular materno y puntuación del niño en escalas de tipo de apego		
	Tipo vinculación Madre	Puntuación promedio Niño
<i>Escala Vínculo Seguro</i>	Segura	10.25
	Insegura	8.62
<i>Escala Vínculo Evitativo</i>	Segura	6.75
	Insegura	9.69 *
<i>Escala Vínculo Ambivalente</i>	Segura	11.75
	Insegura	8.15
<i>Escala Vínculo Desorganizado</i>	Segura	11.50
	Insegura	8.23

4- PUNTUACIONES DE LOS NIÑOS EN SUB-ESCALAS CCH (Comparación entre grupo TDAH y grupo control)

El gráfico n° 1 nos muestra que existen diferencias en las distintas sub-escalas, así, los niños con TDAH puntúan significativamente más bajo que los niños del grupo control en las escalas de *sostén parental* y *resolución positiva*. Las diferencias en ambas sub-escalas son estadísticamente significativas.

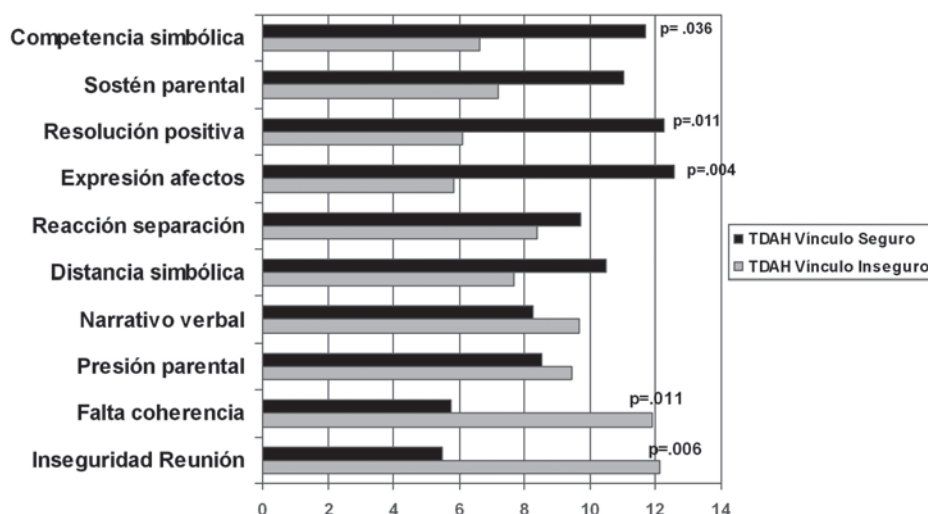
Existen también otras diferencias cualitativas pero que no llegan a ser significativas estadísticamente.



5- RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE APEGO DEL NIÑO CON TDAH (SEGURO/INSEGURO) Y LAS PUNTUACIONES EN LAS SUB-ESCALAS CCH

Aquí existen diferencias significativas estadísticamente (ver gráfico n° 2). Los niños con TDAH que presentan un **vínculo seguro** obtienen puntuaciones significativamente más altas en *competencia simbólica*, *sostén parental*, *resolución positiva* y *expresión de afectos*. Por otro lado, los niños con TDAH que presentan un **vínculo inseguro** obtienen puntuaciones significativamente más altas, en *falta de coherencia* e *inseguridad a la reunión*.

Gráfico nº 2. Puntuación Sub-escalas CCH de niños TDAH con vínculo seguro y niños TDAH con vínculo inseguro.)



6- RELACIÓN ENTRE TIPO DE VÍNCULO DEL NIÑO Y PUNTUACIÓN DE LA MADRE EN LAS ESCALAS EDICODE (ENTREVISTA R)

Tabla 6. Relación entre representación vincular del niño TDAH y la puntuación de la madre en las sub-escalas de la entrevista R

	Fluidez	Coherencia	Adecuación	Reflexividad	Autenticidad
Niño Vínculo Seguro	12,19 (a)	8,25	8,19	10,25	12,13 (b)
Niño Vínculo Inseguro	6,17	9,67	9,72	7,89	6,22
(a) p= .011 (b) p= .015					

En este punto existen diferencias estadísticamente significativas entre las madres de niños con TDAH que presentan vínculos seguros y los que presentan vínculos inseguros. Los niños con **vínculo seguro** tienen madres que puntúan significativamente más alto en las escalas de *fluidez* y *autenticidad*. En términos cualitativos también puntúan más alto en reflexividad aunque la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa.

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Representaciones vinculares madre-hijo en niños con TDAH

Resulta interesante observar que tanto los niños con TDAH como sus madres, presentan un porcentaje mayor de representaciones vinculares inseguras que lo

esperable en población normal. Las representaciones vinculares inseguras en el grupo TDAH estarían caracterizadas por un patrón de tipo ambivalente y desorganizado en los niños y un patrón ansioso-preocupado en las madres, lo que coincide con los resultados de estudios previos, anteriormente mencionados.

El patrón ambivalente tiene importantes implicaciones en las relaciones sociales del niño hiperactivo ya que, como se mencionó anteriormente en el marco teórico, en la edad escolar estos niños suelen tener más posibilidades de ser victimizados, tienen una tendencia a mostrar falta de estabilidad, ser irritables y perder el control con facilidad. El patrón desorganizado, por otro lado, es bastante significativo clínicamente ya que se asocia fuertemente a la presencia de psicopatología.

Todo lo anterior refuerza la hipótesis de que, en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, la relación y el vínculo entre la madre y su hijo se ven afectados significativamente por lo que se va generando una interacción que, en muchos casos, puede agravar la sintomatología del niño y dificultar el tratamiento.

En relación a este punto, sería importante considerar en el diagnóstico las características de las representaciones vinculares del niño con el fin de poder elaborar un plan de tratamiento que refuerce los puntos debilitados de la relación y fortalezca el vínculo antes de entregar pautas educativas que probablemente los padres no podrían cumplir debido al deterioro de la relación con su hijo. La evaluación de estos aspectos relativos al vínculo permitiría ofrecer tratamientos más personalizados y adecuados a cada caso, así en los casos en que existan representaciones vinculares seguras se podrían abordar directamente los aspectos relativos al manejo de las conductas del niño con TDAH, incluyendo a los padres y al contexto educativo, por el contrario en los casos en que se observen alteraciones o dificultades en el vínculo habría que abordar ese aspecto para permitir luego una buena aplicación de las otras medidas terapéuticas.

Respecto a las representaciones vinculares maternas, es interesante el hecho de que hay un alto porcentaje de vínculos inseguros de tipo preocupado, es decir que las madres de los niños con TDAH tienden a verse sobrepasadas en la relación con su hijo y muchas veces desbordadas emocionalmente, es así que tienden a sobreinvolucrarse en la relación y a perder el control, lo que les dificulta poder ser una base segura para su hijo y probablemente, interfiera también en su capacidad para aplicar las sugerencias terapéuticas, tendiendo a ejercer presión sobre sus hijos y a ser inconsistentes en la aplicación de estilos de disciplina (lo que ha sido descrito en la literatura como característico en las familias de niños con TDAH).

También existe un grupo de madres de niños con TDAH que presentan una vinculación de tipo insegura-evitativa, este grupo aunque menor en frecuencia respecto al de vinculación insegura-preocupada, también sobrepasa lo esperado para población normal. Este tipo de vínculo implica que las madres, frente a las dificultades de su hijo tienden a aislarse y encerrarse en sí mismas dificultándose

enormemente la empatía y cercanía emocional con el niño, así, no logran ofrecer un sostén parental adecuado y muchas veces tienen dificultades para percibir lo que está ocurriendo con sus hijos. Lo anterior puede afectar también el curso del tratamiento.

Relación entre estilo vincular del niño y estilo vincular materno en el grupo TDAH

Al analizar las clasificaciones de vínculo seguro o inseguro no encontramos relación entre el tipo de vínculo materno y el del niño, un aspecto que puede influir en este punto se refiere al rol mediador que tiene el vínculo con el padre y otros factores mencionados en la literatura (como por ejemplo, el grado de satisfacción matrimonial de la madre que se ha mostrado como relevante en la transmisión intergeneracional de los patrones de apego (Cowan, P.A., Cohn, D. A., Cowan, C. P. & Pearson, J. L. 1996).

Sin embargo, al analizar con mayor detalle el tipo de vinculación insegura del niño, si bien no hay diferencias estadísticamente significativas, podemos observar una tendencia a que los niños que puntúan alto para vínculo inseguro-evitativo son hijos, en su gran mayoría, de madres con representaciones vinculares inseguras, lo que no ocurre en los otros tipos de vínculo.

Características de los niños con TDAH en las puntuaciones de las escalas CCH (ASCT)

Según los resultados obtenidos por los niños con TDAH y la comparación con el grupo control, podemos establecer ciertas características propias de este grupo clínico que resultan interesantes: el *grupo de niños con TDAH obtiene puntuaciones significativamente más bajas* que el grupo control en **las escalas de sostén parental y resolución positiva**. Los niños perciben a sus padres como poco sensibles a sus necesidades, poco protectores y faltos de sensibilidad, la baja puntuación en la escala de sostén parental refleja falta de apoyo, padres vistos como rechazantes, controladores, no disponibles o en los casos más extremos como esperando que los niños se hagan cargo de ellos (inversión de roles). Por otro lado la baja puntuación en resolución positiva indica una tonalidad de las historias más bien negativa y una dificultad para elaborar una solución a los conflictos.

Todo lo anterior nos indica que, en los niños con TDAH, la percepción de los padres se caracteriza mayoritariamente por el conflicto y la falta de apoyo y sostén, así como una sensación de control inadecuado. Frente a esto, los niños se sienten inseguros y tienen dificultades al enfrentarse a situaciones conflictivas, frente a las cuales no logran elaborar salidas o soluciones adecuadas. Todo lo anterior influye también en su capacidad para regular y expresar sus afectos y emociones que muchas veces los desbordan y tienden a pasar impulsivamente a la acción.

Estas características observadas en los resultados de las pruebas en relación a las representaciones vinculares son compatibles con las características clínicas del TDAH y nos entregan nuevos elementos de trabajo en relación a la interacción entre

el niño y sus padres y a la representación que el niño se ha ido construyendo de la relación con ellos. Todos estos elementos son factores importantes de ser abordados en el trabajo terapéutico.

Diferencias según el tipo de vinculación segura o insegura de los niños con TDAH en las puntuaciones de las escalas CCH (ASCT)

Según lo visto en el punto anterior hay diferencias importantes entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños control en cuanto a la puntuación en las escalas CCH, sin embargo un punto muy interesante y con importantes implicaciones para el trabajo terapéutico es que, dentro de este grupo de niños con TDAH, hay diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas según tengan una representación del vínculo segura o insegura.

Los niños con TDAH que presentan un vínculo seguro tienden a puntuar más alto que los niños con el mismo trastorno pero con vínculo inseguro, en las escalas de **competencia simbólica, sostén parental, resolución positiva y expresión de afectos**. Vemos entonces que el vínculo seguro se transforma en un factor protector que estabiliza al niño y le permite un mejor desarrollo cognitivo y afectivo. Los niños con TDAH y vínculo seguro perciben la relación con sus padres de manera más positiva, ven en ellos una fuente de apoyo y sostén lo que les permite elaborar salidas adecuadas a las situaciones conflictivas y una mejor regulación y expresión de los afectos, así como también una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones a las que se enfrentan.

Los niños con TDAH y vínculo inseguro, por el contrario, puntúan más bajo en todas las escalas antes mencionadas y puntúan significativamente más alto que los niños con el mismo trastorno pero con vínculo seguro en las escalas de **falta de coherencia e inseguridad a la reunión**. Esto implica que la inseguridad en el vínculo les dificulta la construcción de historias lógicas y organizadas, tienden a un narrativo más caótico ya que les cuesta estructurar soluciones a los conflictos y tienden al desborde emocional y a la actuación de impulsos y afectos. Estos niños también muestran más conflicto en situaciones de reunión con sus padres ya que no los perciben como fuente segura y estable de apoyo y visualizan la relación con ellos como negativa.

Estas diferencias, dentro del mismo grupo clínico, marcadas por el tipo de representación vincular, resultan interesantes desde el punto de vista de la psicoterapia ya que un vínculo seguro puede resultar altamente protector y regulador de las conductas conflictivas características del TDAH, mientras que un vínculo inseguro por el contrario puede potenciar y agravar la sintomatología del niño. Lo anterior es otro dato que refuerza la idea de que es importante la consideración de la relación madre-hijo en la terapia con el niño TDAH. En este sentido la evaluación de las representaciones vinculares del niño nos permite considerar la necesidad de una intervención específica a nivel de la relación madre hijo (o padres-hijo según el caso) para potenciar los resultados del tratamiento o bien, si estas representaciones

del vínculo son seguras, saber que podemos contar con ese elemento como facilitador de otras medidas terapéuticas (considerando también, complementariamente como hemos visto la representaciones de la madre y/o los padres respecto del niño).

Relación entre la puntuación de las madres en las sub-escalas de la entrevista R (Edicode) y el tipo de vínculo de los niños con TDAH

En este punto encontramos diferencias interesantes entre las madres de los niños con TDAH que presentan un vínculo seguro y las de niños con TDAH con vínculo inseguro. En primer lugar las *madres de niños con vínculo seguro* puntúan significativamente más alto en la escala de **fluidez** por lo que podemos pensar que este puede ser un factor importante en el desarrollo de la relación madre-hijo, la capacidad de la madre para verbalizar sus experiencias de una manera continua, sin mayores lagunas o bloqueos puede estar contribuyendo al logro de un mejor comunicación con sus hijos. Por el contrario madres con baja fluidez pueden tener dificultades en la comunicación con sus hijos, tendiendo por un lado a una comunicación más bien distante, empobrecida o defensiva y por otro lado teniendo menos recursos para ayudar al niño a verbalizar y elaborar sus propias experiencias o sentimientos.

Lo anterior se relaciona con la escala de **autenticidad** en la que estas madres puntúan también significativamente más alto que las de niños con vinculación insegura. Esta diferencia de puntuación podría establecer una diferencia entre madres empáticas y pseudoempáticas con sus hijos. La autenticidad se refiere a la capacidad de las madres para acceder a sus propias experiencias de una manera personal e implicada más allá de frases clichés o vagas y lugares comunes, esto parece estar jugando un rol importante en la comunicación con sus hijos permitiendo un contacto afectivo real e implicado con las necesidades y sentimientos de los niños y con lo que a ellas les sucede en la relación con ellos. Por el contrario una baja autenticidad puede generar una relación en la que el niño siente que su madre no contacta realmente con él y con lo que a él le ocurre y con muestras de cariño o preocupación que no están en real sintonía emocional, lo que podría producir que el niño se distancie afectivamente (en un patrón más bien evitativo) o aumente su ansiedad y preocupación en la relación (patrón ansioso-preocupado).

Es importante considerar que una alta fluidez sin autenticidad puede también afectar negativamente la interacción lo que es característico en madres sobreinvolucradas y/o sobreprotectoras. Este hecho se relaciona con la tendencia observada de que los niños de madres que puntúa alto en fluidez tienden a puntuar alto en inseguridad a la reunión.

La escala de reflexividad, que mide la capacidad para pensar sobre sus propias experiencias y tener conciencia de la propia subjetividad y la de los demás, también mostró cierta tendencia a ser más alta en las madres cuyos hijos mostraron un estilo vincular seguro, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Limitaciones y Proyecciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio se refiere al tamaño de la muestra clínica, en este sentido se puede considerar como un estudio preliminar que sería interesante ampliar posteriormente con un mayor número de casos.

Un aspecto interesante de incluir en una próxima investigación sería el estudio del vínculo del niño que presenta TDAH, con su padre, este punto aportaría matices a lo ya realizado entre el niño y su madre; y como se mencionó anteriormente, podría aportar elementos sobre la mediación del rol paterno en la construcción de los modelos vinculares internos del niño. Otro factor que se ha visto relacionado y que se podría incluir en un futuro estudio es el grado de satisfacción matrimonial como mediador entre los modelos vinculares de los padres y los observados en el niño.

Como principal aplicación, además de las ampliaciones posibles del estudio, está la consideración de los resultados en la elaboración de pautas de diagnóstico y tratamiento de los casos de TDAH, ya que como hemos visto, el tipo de vínculo podría agudizar o disminuir la sintomatología del cuadro y favorecer o dificultar la aplicación de las medidas terapéuticas habituales por parte de los padres.

V. CONCLUSIONES

Observando los resultados obtenidos en el estudio se confirma la idea de que el TDAH es un trastorno en el que la relación vincular se ve afectada, presentando tanto los niños como sus madres, mayores niveles de representaciones vinculares inseguras que lo esperado en población normal.

Resulta interesante también observar que dentro del grupo de niños con TDAH, existen diferencias según el tipo de representación vincular que tengan. Lo anterior indica que el logro de un vínculo seguro puede convertirse en un factor protector en relación a la agudización de la sintomatología del TDAH y sus posibles complicaciones. Por otro lado la existencia de un vínculo inseguro se puede considerar un factor de riesgo en relación al curso del TDAH y a las aplicaciones de las medidas terapéuticas.

Todo lo anterior destaca la importancia de la consideración de las representaciones vinculares en niños con TDAH, tanto durante la fase diagnóstica como en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

En relación a futuros estudios resultaría interesante ampliar la muestra clínica y poder incluir otras variables mediadoras como por ejemplo el estudio del vínculo padre-hijo.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los principales motivos de consulta en los Servicios de Psiquiatría y Psicología Infantil. Estudios recientes han sugerido que el TDAH podría darse en el contexto de un vínculo inseguro. El presente artículo presenta los resultados de un estudio que explora las representaciones internas del vínculo en niños con diagnóstico de TDAH y en sus madres, mediante la aplicación de pruebas de evaluación. Se estudia la distribución de estilos vinculares comparándola con la encontrada en población no clínica, se establecen relaciones entre el estilo vincular del niño y el de su madre y se exploran aspectos cualitativos del vínculo y su relación con la sintomatología del cuadro. Los resultados señalan diferencias significativas entre el grupo control y el clínico en cuanto al vínculo madre-hijo. Se discuten las implicaciones clínicas de estos resultados y la necesidad de considerar los estilos vinculares en el tratamiento de los niños con TDAH.

Palabras clave: Apego, Hiperactividad, Vínculo, Déficit Atencional.

Nota editorial:

Este artículo fue publicado en *Terapia Psicológica* (2007), vol. 25, nº2, 123-134. Agradecemos a las autoras el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- BRISCH, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: The Guilford Press.
- CASSIDY, J. (1994). Emotional regulation: Influences of attachment relationships. En: N. Fox (Ed.) *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the society for research in child development*, 59 (serial 240, 2-3), 228-249.
- CLARKE, L., UNGERER, J., CHAHOUD, K., JONSON, S. & STIEFEL, I. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198.
- COWAN, P.A., COHN, D. A., COWAN, C. P. & PEARSON, J. L. (1996) Parent's Attachment Histories and Children's Externalizing and Internalizing Behaviors: Exploring Family Systems Models of Linkage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 53-63.
- DANFORTH, J., BARKLEY, R. & STOKES, T. (1991) Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-722.
- FIELD, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotional regulation. En N. Fox (Ed) *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the society for research in child development*, 59 (serial 240, 2-3), 228-249.
- GERDES, A. C., HOZA, B. & PELMHAM, W. (2003) Attention-deficit/hyperactivity disorder boy's relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.
- GOLDSTEIN, S., & GOLDSTEIN, M. (1998) *Managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: A guide for Practitioners*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- GRATCH, L. O. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD): Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- GREEN, C., & CHEE, K. (2000). *El niño muy movido o despistado: Entender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. Barcelona, España: Ediciones Medici.

- HERVÁS, A. (2004) ¿Qué es el TDAH? European Interdisciplinary Network for ADHD quality and assurance. Dossier no publicado de seminario EINAQ. Barcelona, España.
- IBÁÑEZ, M. (2004) *Psicoterapia individual, terapéutica de juego en la hiperactividad*. En J. Tomás (Ed) Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad Barcelona, España: Editorial Laertes.
- JACOBSEN, T., HUSS, M., FENDRICH, M., KRUESI, M.J.P. & ZIEGENHAIN, U. (1997). Children's ability to delay gratification: Longitudinal relations to mother-child attachment. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 411-426.
- MAIN, M., & SOLOMON, J. (1990) *Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern*. En: T. B. Brazelton & M. Yogman Affective Development in Infancy. Norwood: Ablex.
- MASLIN-COLE, C. & SPIKER, S.J. (1990). *Attachment as a basis for independent motivation: a view from risk and nonrisk samples*. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cumminngs (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention (pp.245-272). Chicago: University of Chicago Press.
- MATAS, L., AREND, R.A., & SROUFE, L.A. (1978) Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child development*, 49, 547-556.
- OLSON, S.L., BATES, J.E., & BAYLES, K. (1990) Early antecedents of childhood impulsivity: The role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 317-334.
- ORJALES, I. V. (1998). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid, España: Editorial CEPE, ciencias de la educación preescolar y especial.
- SOLOMON, J., GEORGE, C. & DEJONG, A. (1995). Children as controlling at age six: evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- STIEFEL, I. (1997) Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder? A Case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2 (1), 45-6



CENTRO DE PSICOTERAPIA

Asesoramiento personal y de pareja

Problemas personales

- asertividad
- autoestima
- dependencia emocional
- Crisis existenciales
- Pérdida y duelo
- Trastornos de la personalidad

Crisis de ansiedad

- Obsesiones
- Fobias específicas
- Agorafobia
- Claustrofobia
- Fobia social
- Anorexia, bulimia
- Hipocondría
- Estados depresivos

Problemas de pareja

- Comunicación
- Intimidad
- Compromiso
- Problemas sexuales
- Separación y divorcio

Supervisión clínica

- Individual y en grupo

Numancia 52, 2º 2ª
08029 – Barcelona

Tel.: 933217532
626695512

centroitaca@gmail.com

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL MEDIANTE EL FOMENTO DEL OPTIMISMO

Óscar Sánchez Hernández y Xavier Méndez Carrillo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Universidad de Murcia

E-mail: oscarsh@um.es

A pilot study to evaluate a cognitive-behavioural program as indicated for the prevention of childhood depression was carried out. Taking part in this program, 25 pupils were randomly assigned to experimental group and waiting list group suffering depressive symptoms. With a mean age of 11.12 years, of both gender, and from a medium-high and high socioeconomic level. The building program of optimism was developed in twelve sessions of two hours. Its main components were updated explanatory style and problem solving skills. Within the experimental group, a statistically significant reduction in depressive symptoms has been produced, with an effect size of medium-low scale in line with the findings of conducted prevention reviews. The implications of these findings from the positive psychology perspective are discussed.

Key words: childhood depression, explanatory style, indicated prevention, optimism, positive psychology.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión se convertirá en 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, sólo por detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en 2000 ocupaba el cuarto lugar (véase <http://www.who.int/topics/depression/en/>). Por otra parte, un estudio realizado en seis países europeos reveló que España es donde se registró la mayor frecuencia de personas con ansiedad y depresión (King et al., 2008).

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en población infantil se estima en el 2 por 100 de depresión mayor y entre el 4 y el 7 por 100 de distimia (Domènech y Polaino-Lorente, 1990). La frecuencia de la depresión aumenta con la edad (Domènech, Subirá y Cuxart, 1996; Hankin, Abramson, Moffit, Silva y McGee, 1998; Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2000), alcanzando el 5 por 100

en la adolescencia. Este dato sugiere que la transición a la adolescencia es un período de desarrollo particularmente vulnerable a la depresión. La comorbilidad de la depresión infanto-juvenil es elevada. Los diagnósticos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad, los exteriorizados (negativista desafiante, disocial) y el abuso de sustancias (Méndez, 1999).

Muchos niños y adolescentes presentan numerosos síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1986). Los jóvenes con elevados, aunque subclínicos, niveles de depresión experimentan dificultades académicas e interpersonales similares a las de los diagnosticados de trastornos del estado de ánimo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995). También es más probable que fumen, consuman drogas e incluso que intenten suicidarse (Covey, Glassman y Stetner, 1998; Garrison, Jackson, Addy, McKeown y Waller, 1991).

Además del sufrimiento personal la depresión ocasiona un gasto cuantioso. El coste total en Europa se estima en 118 billones de euros y el 61 por 100 se debe a los costes indirectos generados por las bajas laborales y por la disminución de la productividad. La carga económica en España asciende a 5.005 millones de euros anuales con una distribución de pérdidas semejante a la europea (Valladares, Dilla y Sacristán, 2008). Estas cifras justifican sobradamente la necesidad de identificar, tratar y prevenir la depresión.

En los últimos doce años ha aumentado el interés por la prevención (Horowitz y Garber, 2006). De acuerdo con el Institute of Medicine las intervenciones preventivas se clasifican en tres tipos según la población diana (Mrazek y Haggerty, 1994). La *prevención universal* abarca a todos los miembros de una población definida, por ejemplo una zona geográfica o una etapa de desarrollo. Sus principales ventajas son que se evita la estigmatización y se promueve la asistencia al programa. Por el contrario, la prevención dirigida se centra en grupos particulares: la *prevención selectiva*, en los que tienen un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la *prevención indicada*, en los que manifiestan síntomas o signos de un trastorno (nivel subclínico).

Horowitz y Garber (2006) extraen de su revisión meta-analítica sobre la prevención de la depresión en la infancia y adolescencia las siguientes conclusiones:

1. La prevención dirigida es más efectiva que la universal al finalizar el programa.
2. La prevención dirigida es más efectiva que la universal en el seguimiento.
3. El tamaño del efecto de la prevención dirigida tiende a ser entre bajo y moderado, tanto al finalizar el programa como en el seguimiento.

El objetivo del presente estudio piloto fue valorar el Programa de Resistencia a la Adversidad (*Penn Resiliency Program*, PRP), de la Universidad de Pensilvania (Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver, 1990), como prevención indicada de la depresión infantil. Se compone de reestructuración cognitiva y resolución de

problemas interpersonales. Se basa en el modelo ABC de Ellis (1962), cuya premisa fundamental es que las creencias personales (*Beliefs*) median el impacto de los acontecimientos negativos (*Adversity*) sobre la emoción y el comportamiento (*Consequences*). Pretende, por tanto, modificar las creencias disfuncionales mediante terapia cognitiva (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El PRP destaca la importancia del estilo explicativo. Los pesimistas tienden a atribuir los sucesos negativos a causas personales, permanentes y generales y los optimistas a factores externos, temporales y específicos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Así pues, el fomento del optimismo para prevenir la depresión se fundamenta en la conceptualización de la depresión no sólo como presencia de emociones negativas, sino también como ausencia de emociones positivas (Vera, 2006). Las investigaciones realizadas durante cinco años con más de 500 niños participantes en el Estudio Longitudinal de la Depresión Infantil muestran que la explicación optimista amortigua el impacto perjudicial de la adversidad y protege de la depresión, mientras que el estilo pesimista aumenta el riesgo (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1992; Seligman et al., 1984).

Existen al menos 14 estudios con asignación al azar de los participantes y grupo de control, realizados por los creadores del PRP y por otros equipos de investigación, en los que han participado más de 2.000 niños y adolescentes de 8 a 15 años (Abela y Hankin, 2007). En conjunto los resultados revelan que el programa reduce de forma duradera los síntomas de ansiedad y depresión. Gillham, Hamilton, Freres, Patton y Gallop (2006) encontraron que el PRP previene trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de adaptación (combinados), en un seguimiento de dos años a niños con elevados niveles de sintomatología. También se ha hallado que el efecto preventivo sobre el comportamiento disruptivo se mantiene 2 – 3 años después de finalizar el programa (Cutuli, 2004; Cutuli, Chaplin, Gillham, Reivich y Seligman, 2006).

El marco de referencia del estudio es la psicología positiva que pretende complementar el estudio de los aspectos patológicos de la psique humana con el de las fortalezas y destrezas con el fin de proteger de los trastornos psicológicos (prevención) y potenciar el bienestar de la persona (promoción de la salud). Seligman y Csikszentmihalyi (2000) señalan que el progreso mayor de la prevención procede de una perspectiva centrada en la construcción sistemática de competencias. Como indica Vázquez (2006), «no hay probablemente un reto más ambicioso para los científicos sociales y las profesiones sanitarias que promover la salud y el bienestar real de la gente y a ese noble empeño no estaría de más dedicar nuestros esfuerzos» (p. 2).

HIPÓTESIS

La hipótesis de partida es que si los participantes completan el programa de prevención indicada que fomenta el optimismo, entonces se reducirá

significativamente su sintomatología depresiva.

MÉTODO

Muestra

Participaron 25 escolares, de 5.º y 6.º de Educación Primaria, de edad media 11,12, de ambos géneros, de nivel socioeconómico medio-alto y alto, de un colegio concertado de la ciudad de Murcia.

Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 2 con un factor inter (programa preventivo, lista de espera) y un factor intra (pretest, postest).

Procedimiento

Se explicó los objetivos del estudio a la dirección (director, jefe de estudio y pedagoga) y a la junta directiva de la Asociación de Padres y Madres. Tras obtener su aprobación se solicitó el consentimiento informado a los padres. Se administró de forma colectiva a los alumnos del último ciclo de Educación Primaria el cuestionario de depresión descrito en el siguiente apartado. Los 25 de los 180 (14%) escolares que obtuvieron una puntuación superior a 15 se asignaron al azar a los grupos experimental (n = 13) y control lista de espera (n = 12).

Instrumentos

Escala de Depresión Infantil del Centro de Estudios Epidemiológicos

Se utilizó la traducción castellana de la versión ligeramente modificada de Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995) de la prueba del *Center for Epidemiological Studies – Depression Child* (CES-DC; Weissman, Orvaschel y Padian, 1980). Consta de 20 ítems y una escala de estimación de cuatro puntos, de «nada» a «mucho». Una puntuación de 0 a 9 indica que el niño probablemente no está deprimido. Si la puntuación es de 10 a 15 es posible que esté ligeramente deprimido. Si puntúa más de 15 manifiesta un grado de depresión significativo: de 16 a 24 puntos corresponden a depresión moderada y si puntúa más de 24 es probable que padezca depresión grave. Las propiedades psicométricas de la prueba son satisfactorias.

Programa preventivo

La intervención de orientación cognitivo-conductual se aplicó grupalmente en 12 sesiones de dos horas, dos por semana, mediante un manual de implementación para el aplicador y un cuaderno de actividades para el escolar. Excepto la primera y la última, las sesiones comenzaban con la revisión de las tareas para casa y terminaban con su prescripción. Los módulos fueron:

I. Modelo ABC (5 horas)

Sesión 1. Presentación del curso, de los participantes y de las normas de funcionamiento del grupo (confidencialidad, respeto, compromiso). Explicación del concepto de diálogo interno con ejemplos.

Ejemplo de diálogo interno: Susana se ha llevado a clase la carpeta de su hermana Celia, que le chifla. Esta llena de fotos con los grupos de música que tanto le gustan y con esos chicos tan guapos que salen. Después de las clases se va con sus amigas a dar una vuelta. Al prepararse para volver a casa se da cuenta que ha olvidado la carpeta.

Se dice a sí misma:

«¡Madre mía la carpeta! ¡Dios no puede ser, por una vez que me la llevo! ¡Mi hermana se va a poner de un humor de perros! ¿Qué hago ahora?»

Práctica en voz alta de lo que los participantes se dicen a sí mismo en diferentes situaciones.

Sesión 2. Introducción del modelo ABC (Adversidad - Balance cognitivo - Consecuencias) con ayuda de viñetas, en las que se les explica la historia que acompaña a la viñeta (véase figura nº 1). En ella aparece la consecuencia emocional y los participantes deben adivinar qué pensamiento ha generado ese sentimiento. También se les pregunta si la chica hubiera tenido una emoción distinta a la que aparece en la viñeta, qué pensamiento la habría generado. Presentación de casos reales para practicar el modelo ABC.

Figura nº 1

Una chica va a una fiesta y se queda observando a una amiga que va con su pareja. Se siente triste. ¿Qué pensamiento habrá tenido?



2. Modificación del estilo explicativo (7 horas)

Sesión 3. Discusión, resumen y repaso del módulo 1 (primera mitad de la sesión). Introducción del concepto de optimismo (segunda mitad de la sesión). Lectura de relatos aclaratorios terminando con las siguientes ideas:

Fran Sombrío siempre ve la parte negativa de la situación, mientras que Charo Confiada ve la positiva. ¿A quién preferirías como amigo/a?

Todos/as podemos tener algún pensamiento pesimista, lo importante es darnos cuenta que lo estamos teniendo y comprobar que nos hace tener emociones desagradables (como tristeza o enfado) y además nos «paraliza» dejamos de intentar conseguir lo que nos gustaría.

El optimismo, en cambio, nos hace sentir bien con nosotros y nos «mueve» a buscar lo que queremos conseguir...hasta encontrarlo.

Tú eliges... ¿optimismo o pesimismo?

Sesión 4. Análisis de la veracidad de las atribuciones. Comparación de los estilos optimista y pesimista en la dimensión estabilidad (causalidad pasajera o permanente), mediante los relatos de Charo Confiada y Fran Sombrío, viñetas ilustrativas y ejemplos de la vida de los participantes. Esta es la dimensión más importante y a la que tenemos que dedicar más tiempo. Les diremos que cuando nos ocurre alguna situación, siempre tratamos de explicarnos a nosotros mismos por qué ha ocurrido, y también tratamos de prever qué consecuencias tendrá. A veces podemos creer que el problema va a durar siempre y que no podemos hacer nada para que las cosas vayan mejor. Estos pensamientos «permanentes» hacen que estemos deprimidos y dispuestos a darnos por vencidos sin luchar. Por el contrario, si creemos que la situación es pasajera y que podemos modificarla, eso nos dará fuerzas y nos esforzaremos en encontrar la manera de cambiarla.

Sesión 5. Análisis de los estilos optimista y pesimista en las dimensiones generalización («sólo en esta situación» o «en todas las situaciones») y personalización («por culpa mía» o «por culpa de otro o de otra cosa»), de forma similar a la sesión anterior. Les explicaremos a los participantes que, cuando nos ocurre alguna situación que no nos gusta, podemos creer que la causa somos nosotros, o podemos creer que la causa es otra persona u otra cosa. Utilizaremos los ejemplos y viñetas para reflejar creencias <<por culpa mía>> y otras creencias <<por culpa del otro o de otra cosa>>.

Mostraremos con los relatos las consecuencias de ese tipo de pensamientos. Realmente la persona optimista es aquellas que puede ver su porción de responsabilidad y actuar sobre ella. Igualmente sabe separar otras causas que no dependen de él/ella.

Sesión 6. Discusión, resumen y repaso del módulo 2 (primera mitad de la sesión). Juego del pastel de sentimientos para combatir el pensamiento dicotómico y combatir la tendencia a cargar con toda la culpa (segunda mitad de la sesión).

Esta actividad es especialmente indicada, para algunos/as adolescentes que no

reparten de forma adecuada la responsabilidad de lo que sucede, bien porque normalmente suelen atribuir la culpa a sí mismos, sintiéndose culpables y tristes o bien la atribuyen a los demás o a otra cosa de forma que se limitan a enfadarse y no asumen su parte de responsabilidad.

Intentaremos que encuentren el mayor número de causas posibles y que repartan adecuadamente su responsabilidad.

3. Cuestionamiento y anticatastrofismo (7 horas)

Sesión 7. Fomento de la puesta en tela de juicio de las explicaciones pesimistas, mediante el relato de los mellizos Sherlock Holmes y Hemlock Holmes. Introducción del modelo ABCDE (Adversidad - Balance cognitivo - Consecuencias - Debate - Energización).

Les explicamos que una vez identificadas las creencias pesimistas en este módulo aprendemos a cuestionarlas. En esta sesión nos centramos en discutir aquellas que tratan de explicar <<por qué ha ocurrido>> una adversidad.

Los pasos del cuestionamiento a seguir serían:

1. Echar el freno: voy a ver tranquilamente lo que esta pasando, no voy a creer el primer pensamiento que me venga a la cabeza.
2. Pruebas a favor de la creencia pesimista.
3. Pruebas en contra.
4. Otras formas de ver la situación (alternativas).
5. Energización: Consecuencias emocionales y conductuales del debate.

Sesión 8. Explicación del catastrofismo. Disputa de las expectativas catastrofistas. Práctica con ejercicios de «qué pasará ahora». Les explicamos que en esta sesión vamos a ver aquellas creencias que intentan predecir qué consecuencias pasarán en el futuro debido a una adversidad. Estas son las creencias catastrofistas del tipo: <<¿Y si...?>>.

Los pasos para debatir estas creencias serían:

1. Echar el freno: voy a ver tranquilamente lo que esta pasando, no voy a creer el primer pensamiento que me venga a la cabeza.

2. ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué puedo hacer para evitar que pase lo peor? Con esto sacamos nuestros miedos al escribirlos y aun sabiendo que no es lo más probable preparo un plan de acción para ver qué puedo hacer yo para evitar que ocurra esto.

3. ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Qué puedo hacer para ayudar a que pase lo mejor? Miro el lado más positivo e ideal de la situación e intento ver que puedo hacer yo para que ocurra lo mejor que puede pasar.

4. ¿Qué es lo más probable que ocurra? ¿Qué podemos hacer para afrontar lo más probable? Esta es la pregunta más importante y a la que debemos dedicar más tiempo. Esta basada en el optimismo realista. Consiste en ver de forma realista qué es lo más probable que ocurra y planificar una estrategia de actuación.

En general, lo que se intenta es evitar caer en el sentimiento de indefensión y «mover» a la persona a la actuación.

Sesión 9. Aplicación a situaciones de la vida de los participantes del cuestionamiento del pesimismo y el catastrofismo. Práctica con apoyo del modelo ABCDE. El reto real es llevar todos los conceptos aprendidos hasta ahora, al día a día de nuestros participantes, haciendo que interioricen estas habilidades. Es muy necesario hacer hincapié en que solo la práctica de estas habilidades les llevará a poder incorporarlas de forma espontánea a su vida habitual.

Sesión 10. Discusión, resumen y repaso del módulo 2 (primera mitad de la sesión). Juego del cerebro para aplicar el modelo ABCDE de forma sistemática y en situaciones en que se dispone de poco tiempo (segunda mitad de la sesión). Este juego requiere haber cogido un buen nivel en el debate de los pensamientos pesimistas, por lo que comenzaremos nosotros como modelos, y luego seleccionaremos a los más hábiles para realizarlo. Por último deben de realizarlo todos por parejas intercambiando los papeles.

4. Resolución de problemas interpersonales (5 horas)

Sesión 11. Resolución de problemas interpersonales por medio del método de los cinco pasos: 1) párate a pensar (mente fría), 2) mira con los ojos del otro (empatía), 3) haz una lista de posibles soluciones (torbellino de ideas), 4) valora pros y contras (decisión), 5) actúa y comprueba el resultado (revisión). Mediante lecturas de ejemplo, juegos para rellenar y finalmente situaciones de su propia vida, vamos trabajando esta habilidad.

Sesión 12. Distinción entre los patrones de relaciones interpersonales duro (heavy), firme (assertive) y blando (light). Es fundamental que sean capaces de distinguir las diferencias de estos tres estilos, tanto a nivel verbal, paralingüístico y no verbal, así como las distintas consecuencias a las que conduce cada uno de los estilos.

El estilo firme o asertivo se lleva a cabo siguiendo los siguientes pasos:

Paso 1: Describir la situación. Solo los hechos.

Paso 2: Decir cómo nos sentimos. No culpar al otro de nuestros sentimientos.

Paso 3: Pedir un cambio pequeño y específico.

Paso 4: Decir cómo nos hará sentir este cambio.

Mediante relatos, juegos y finalmente la representación de papeles (role playing) trabajamos esta habilidad. Con esta misma metodología introducimos las habilidades de negociación distinguiendo los siguientes pasos:

Paso 1: Saber qué queremos dentro de lo que está a nuestro alcance.

Paso 2: Pedirlo.

Paso 3: Escuchar lo que quiere la otra persona.

Paso 4: Hacer una oferta para llegar a un acuerdo.

Paso 5: Seguir buscando un buen acuerdo hasta que las dos personas se sientan

satisfechas.

Es habitual trabajar con situaciones de negociación con los padres en este tipo de edades. Por último terminamos con un resumen y repaso del programa. Fiesta y entrega de diplomas

RESULTADOS

En la tabla nº 1 se ofrecen las puntuaciones medias y las desviaciones típicas en el CES – DC de los grupos en el pretest y el postest. A pesar de la asignación al azar se realizó la prueba T para muestras independientes con las puntuaciones del pretest dado el pequeño tamaño de la muestra. Aunque la media del grupo experimental fue superior, la diferencia entre grupos no fue significativa en el pretest ($t = -0,97$). Se consideró conveniente calcular las puntuaciones de cambio, es decir, la diferencia entre la puntuación del postest y del pretest. No se halló diferencia entre los grupos ($t = -1,01$). Sin embargo, calculando el tamaño del efecto ($d = 0,41$) obtenemos diferencias significativas de magnitud media-baja (Cohen, 1988).

Tabla nº 1. Medias y desviaciones típicas en el CES – DC				
Total N=25	Grupo Experimental	N=13	Grupo Control	N=12
	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica
Pretest	22,38	6,54	19,52	8,03
Postest	16,27	8,67	16,62	9,08

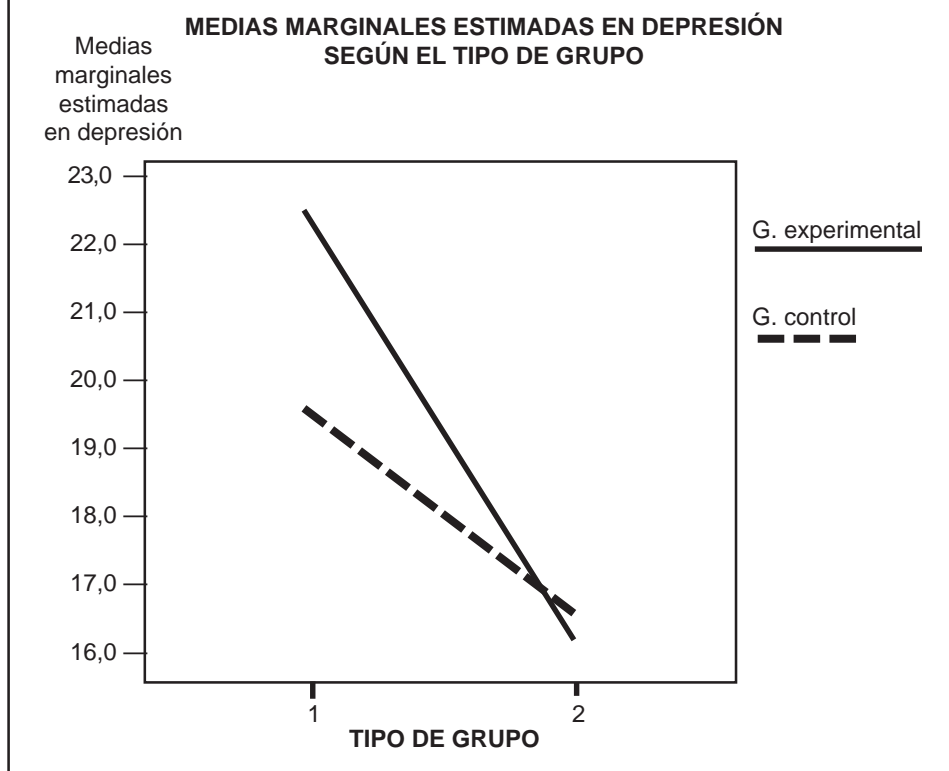
Se efectuó la prueba T para medias relacionadas con las puntuaciones en el CES – CD del grupo experimental en el pretest y del postest, constatándose una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva ($t = 2,57$; $p = 0,02$), de magnitud media – alta ($d = 0,71$) de acuerdo con Cohen (1988).

DISCUSIÓN

La pendiente de la línea que indica la reducción de la sintomatología depresiva es más pronunciada en el grupo experimental (véase la figura nº 2), sin embargo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo que había recibido el programa de prevención indicada y el que estaba en lista de espera. No obstante, existen diferencias significativas de magnitud media-baja (Cohen, 1988) en consonancia con los resultados de la investigación en este campo (Horowitz y Garber, 2006).

El no encontrar resultados más claros, puede deberse a falta de potencia estadística de los análisis dado el pequeño tamaño de la muestra. Por otro lado, sugiere la conveniencia de llevar a cabo seguimientos prolongados para comprobar si la tendencia a una mayor mejoría del grupo experimental persiste acentuándose

Figura nº 2. Reducción de la sintomatología depresiva



la diferencia. Por razones éticas se decidió no privar del potencial beneficio del programa a los controles impidiendo realizar el seguimiento. Una explicación plausible de la falta de diferencias entre grupos es el denominado «efecto durmiente» de las intervenciones cognitivo-conductuales, que sostiene que las nuevas competencias adquiridas como el estilo explicativo y la resolución de problemas exigen un tiempo mínimo para su dominio efectivo en la situaciones cotidianas de la vida de los niños. En este sentido, los estudios del grupo de Seligman (Jaycox et al, 1994; Gillham et al, 1995; Seligman et al, 1999; Gillham y Reivich, 1999; Spence, Sheffield y Donovan, 2005) revelan que las intervenciones preventivas con niños de 11 años empiezan a mostrarse efectivas a partir de los 13 años cuando empiezan a aumentar las tasas de depresión en la adolescencia (Hankin et al., 1998).

El modesto alivio de la sintomatología depresiva también puede deberse, según algunos autores, a que en la preadolescencia el estilo explicativo no está consolidado sino que es influenciado directamente por los acontecimientos (Turner y Cole, 1994). Además los estudios longitudinales revelan que la interacción de la vulnerabilidad cognitiva con los acontecimientos estresantes emerge entre edades

a partir de los doce años, por lo que en edades inferiores el estilo explicativo no sería un factor de vulnerabilidad para la depresión (Cole et al., 2008). Teniendo en cuenta estos datos parece más conveniente implementar los programas para modificar el estilo explicativo en el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria.

También hay que mencionar que por problemas propios de la dinámica escolar no se cumplió la programación temporal acordada y se tuvo que comprimir el calendario de aplicación a la mitad del tiempo inicialmente planeado. Esta circunstancia hizo que el programa coincidiera con las evaluaciones escolares generando dificultades añadidas a los participantes. En este sentido una variable relevante puede ser el espaciamiento de las sesiones, siendo deseable una y no dos a la semana como propone el equipo de Seligman.

Como señalan algunos autores sería también conveniente fortalecer la motivación para involucrarse en el programa (Lowry-Webster, Barret, Lock, 2003). Es importante tratar la implicación de los niños en el curso consiguiendo no solo su aceptación pasiva, sino también un compromiso activo.

Aunque es un estudio piloto el objetivo de la investigación no fue tanto valorar la eficacia del programa como proponer una intervención preventiva inspirada en el PRP con población infantil española. En este sentido se tuvieron en cuenta las sugerencias de los participantes para aumentar la utilidad de la intervención preventiva.

Se llevó a cabo un estudio piloto para valorar un programa cognitivo-conductual como prevención indicada de la depresión infantil. Participaron 25 escolares, de 5° y 6° de Educación Primaria, de edad media 11,12 años, de ambos géneros, de nivel socioeconómico medio-alto y alto, con sintomatología depresiva, que se asignaron aleatoriamente a los grupos experimental y lista de espera. El programa de fomento del optimismo se desarrolló en doce sesiones de dos horas. Sus componentes principales fueron modificación del estilo explicativo y resolución de problemas interpersonales. En el grupo experimental se redujo significativamente la sintomatología depresiva, obteniéndose un tamaño del efecto medio-bajo en consonancia con los resultados de la investigación en este campo. Se discute las implicaciones de estos hallazgos desde la perspectiva de la psicología positiva.

Palabras clave: depresión infantil, estilo explicativo, optimismo, prevención indicada, psicología positiva.

Nota. Los autores desean agradecer al Colegio San Buenaventura de los P.P. Capuchinos de Murcia su colaboración. El estudio ha sido financiado con una Beca-predoctoral de la Universidad de Murcia.

Referencias bibliográficas

- ABELA, J. R. C. & HANKIN, B. L. (2007). *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P. & TEASDALE, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- CALVETE, E., VILLARDÓN, L., ESTÉVEZ, A. & ESPINA, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 13, 215-227.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed). Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- COLE, D. A., CIESLA, J. A., DALLAIRE, D. H., JACQUEZ, F. M., PINEDA, A. Q., LAGRANGE, B., TRUSS, A. E., FOLMER, A. S., TILGHMAN-OSBORNE, C., & FELTON J. W. (2008). Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 1, 16-31.
- COVEY, L. S., GLASSMAN, A. H. & STETNER, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35-46.
- CUTULI, J. J. (2004). *Preventing externalizing symptoms and related features in adolescence*. Unpublished honors thesis, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- CUTULI, J. J., CHAPLIN, T. M., GILLHAM, J. E., REIVICH, K. & SELIGMAN, M. E. P. (2006). *Preventing externalizing symptoms and related features in adolescents*. Manuscript in preparation.
- DOMÈNECH, E. & POLAINO-LORENTE, A. (Eds.) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- DOMÈNECH, E., SUBIRÀ, S. & CUXART, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 265-277). Madrid: Pirámide.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- GARRISON, C. Z., ADDY, C. L., JACKSON, K. L., MCKEOWN, R. E., & WALLER, J. L. (1991). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 597-603.
- GILLHAM, J. E., JAYCOX, L. H., REIVICH, K. J., SELIGMAN, M. E. P. & SILVER, T. (1990). *The Penn Resiliency Program*. (Also known as the Penn Depression Prevention Program and the Penn Optimism Program). Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- GILLHAM, J. E., REIVICH, K. J., JAYCOX, L. H. & SELIGMAN, M. P. E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year followup. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- GILLHAM, J. E. & REIVICH, K. J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- GILLHAM, J. E., HAMILTON, J., FRERES, D. R., PATTON, K. & GALLOP, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 2, 203-219.
- GLADSTONE, T. R. & KASLOW, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- GOTLIB, I. H., LEWINSOHN, P. M. & SEELEY, J. R. (1995). Symptoms versus diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- HANKIN, B. L., ABRAMSON, L. Y., MOFFITT, T. E., SILVA, P. A., MC GEE, R. & ANGELL, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- HANKIN, B. L. & ABRAMSON, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- HOROWITZ, J. L. & GARBER, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- JAYCOX, L. H., REIVICH, K. J., GILLHAM, J. & SELIGMAN, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.

- KASLOW, N. J., TANNENBAUM, R. L. & SELIGMAN, M. E. P. (1978). *The KASTAN-R: A children's attributional style questionnaire (KASTAN-R-CASQ)*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- KING, M. B., NAZARETH, I., LEVY, G., WALKER, C., MORRIS, R., WEICH, S., BELLÓN-SAAMEÑO, J., MORENO, B., ŠVAB, I., ROTAR, D., RIFEL, J., MAAROOS, H., ALUOJA, A., KALDA, R., NEELEMAN, J., GEERLINGS, M., DE ALMEIDA, X. M., CORREA, B. & TORRES-GONZALEZ, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe: The PREDICT study. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- LOWRY-WEBSTER, H. M., BARRETT, P. M. & LOCK, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25-43.
- MELTZER, H., GATWARD, R., GOODMAN, R. & FORD, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationary Office.
- MÉNDEZ, F. X. (1999). *Depresión en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Klínica.
- MÉNDEZ, F. X., OLIVARES, J. & ROS, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- MRAZEK, P. J. & HAGGERTY, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive research*. Washington, DC: National Academy Press.
- MEZULIS, A. H., HYDE, J. S. & ABRAMSON, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42, 1012-1025.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. & SELIGMAN, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. & SELIGMAN, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- ROBINS, C. (1988) Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880-889.
- SELIGMAN, M. E. P., PETERSON, C., KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. L., ALLOY, L. B. & ABRAMSON, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- SELIGMAN, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo. (Original inglés de 1990).
- SELIGMAN, M. E. P., SCHULMAN, B. S., DERUBEIS, R. J. y HOLLON, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety (<http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>).
- SELIGMAN, M. E. P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SELIGMAN, M. E. P., REIVICH, K., JAYCOX, L. & GILLHAM, J. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: Random House Mondadori.
- SPENCE, S. H., SHEFFIELD, J. K. & DONOVAN, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 160-167.
- SWEENEY, P., ANDERSON, K. & BAILEY, S. (1986) Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- TENEN, H., y HERZBERGER, S. (1986). Attributional Style Questionnaire. En J. Keyser y R. C. Sweetland (Eds.), *Test Critiques*, 4, 20-30.
- THOMPSON, M., KASLOW, N. J., WEISS, B. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire-Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment*, 10, 166-170.
- TURNER, J. E. & COLE, D. A. (1994). Development differences in cognitive diatheses for child depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 15-32.
- VALLADARES, A., DILLA, T. & SACRISTAN, J. A. (2008) La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- VÁZQUEZ, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1-2.
- VERA, B. (2006) Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- WEISSMAN, M., ORVASCHEL, H. & PADIAN, N. (1980). Children's symptom and social functioning: Self-report scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE TRASTORNO AFECTIVO INFANTIL

Sandra Ger Cabero y Laia Belles Busqueta
FPCEE/SAAP Blanquerna. Universidad Ramón Llull
E-mail: SandraGC@blanquerna.url.edu
E-mail: LaiaBB0@blanquerna.url.edu

This article presents a case study of child depression which was approached from a narrative constructivist perspective. The work structure is as follows: firstly the case and the method is contextualized, secondly a description of the client is provided, thirdly the theoretical framework is presented, fourthly the problems and the goals of the client and their parents are evaluated and fifthly a treatment plan is formulated. Finally the course of the therapy is described and an evaluation of the results of the therapy is made.

Key words: child depression, narrative therapy, constructivist therapy, case study.

INTRODUCCIÓN

1. Contexto del caso y método.

En el presente artículo describimos un caso enfocado principalmente, desde una perspectiva constructivista narrativa, aunque no todas las técnicas que se utilizaron para este caso provienen de esta perspectiva. Se escogió éste por ser representativo de un proceso terapéutico donde se pudieron aplicar distintas técnicas narrativas y se obtuvo un resultado excepcional de trabajo narrativo con niños ya que la cliente presentaba una gran capacidad de expresión emocional e introspección teniendo en cuenta su edad.

Para maximizar el rigor metodológico del estudio de caso se han incluido abundantes notas de las sesiones, así como ejercicios y técnicas realizadas por la cliente y se ha contado, además, con la colaboración de un grupo de supervisión.

La terapia tuvo lugar en Barcelona, en un centro de psicología privado y la derivación la hizo el colegio al que asistía la cliente.

La información relativa a la cliente que disponemos, es la aportada por ella misma en las sesiones de terapia, por sus padres y por la tutora del colegio.

Para garantizar el anonimato del caso se han modificado datos de la cliente y su familia.

2. La cliente.

Marta vivía en una población cercana a Barcelona con sus padres y su hermana Mónica, de 7 años. En el momento de iniciar la terapia estaba a punto de cumplir 12 años y cursaba sexto de primaria en un colegio público cercano a su casa.

Sus padres la describían como una niña inteligente, introvertida, imaginativa y creativa. En su tiempo libre le encantaba leer, escribir, jugar con videoconsolas y mirar la televisión. Afirmaba que de mayor le gustaría ser escritora de novela fantástica, en el momento de empezar la terapia ya había escrito un par de “novelas” y había ganado en varias ocasiones los concursos literarios que se realizaban en su colegio.

Sus padres, que acudieron solos a la primera sesión de terapia, realizaron la demanda de terapia para su hija argumentando que había cambiado mucho, la veían muy triste y con mucha rabia. Relataron como en los últimos seis meses Marta había hecho progresivamente un cambio considerable de actitud, mostrándose cada vez mas fría con ellos. Empezó mostrando esta actitud con su padre, después con su madre y por último con su hermana, llegando a rechazar el contacto con ellos. Había perdido el interés por todas las actividades que antes realizaban en familia, de las que hasta ese momento aparentemente disfrutaba. Ya no quería salir con ellos los fines de semana, ni ir con su grupo de amigos de la zona costera donde veraneaban, tampoco quería ya jugar al ajedrez con su padre como siempre hacía, ni disfrutaba jugando con su hermana. No obstante, la tutora aseguraba que la actitud en el colegio seguía siendo muy buena, especialmente con los profesores, aceptaba bien los límites y su rendimiento académico no había bajado.

Los padres también comentaron que desde pequeña había presentado un desarrollo normal, aunque siempre se había caracterizado por ser una niña muy inteligente y tímida. Desde que inició primaria se mostraba muy perfeccionista y autoexigente, un 8,5 representaba una mala nota para ella. En ocasiones mostraba una actitud muy rígida respecto de cómo debían hacerse las cosas, era tozuda y últimamente había perdido apetito, se preocupaba más por lo que comía y se mostraba más selectiva con los alimentos. Aunque el pediatra no lo consideraba importante, había aumentado muy poco su peso en relación a su talla y edad.

Ante la situación descrita, los padres se mostraban muy preocupados y aseguraban haber intentado sin éxito razonar con ella, mostrarse comprensivos e intentar buscar actividades para realizar conjuntamente. Se sentían frustrados y culpables, entre otras cosas porque los abuelos maternos habían estado enfermos durante varios meses y la madre había dejado de trabajar para dedicarse a cuidarlos.

Ésta afirmaba: “No he estado suficiente por ella”, “a menudo le gritaba, tenía poca paciencia”. Eran conscientes de que su hija estaba sufriendo porque habían leído su diario y no sabían como ayudarla.

Si tenemos en cuenta la edad de Marta, ésta se encontraba en un momento evolutivo denominado pubertad, caracterizado por estar entre la infancia y una edad adulta que aun no ha llegado (Castellví, 2001). Muchos autores incluyen esta etapa en la adolescencia, pero otros le hacen una mención especial, separando la etapa de los 12 a los 14 años de la adolescencia. La pubertad es una etapa marcada por muchos cambios ya que es el momento en que el cuerpo se desarrolla más rápidamente y se producen numerosos cambios a nivel de desarrollo mental y emocional.

A nivel de pensamiento en esta edad se entra en la etapa que Piaget (1986) denominó de Operaciones Formales. En ésta, el pensamiento del púber puede ya operar no solamente sobre lo concreto y real sino también sobre lo que es posible. Es decir, puede plantearse y verificar hipótesis, ya no se sirve del ensayo y error como hacía hasta ahora sino que formula posibles soluciones (hipótesis) y después de razonarlas puede llegar a deducir la solución que le parece más correcta, lo cual le permite planificar. Al mismo tiempo, se ven aumentadas sus habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas. Los cambios en la forma de pensar que experimenta y su entrada en la sociedad adulta le llevan a una reconstrucción de su personalidad tanto a nivel de aspectos intelectuales, como afectivos y sociales. Según Piaget, estos cambios se producen de forma gradual, pero no es hasta los 15 años cuando se adquieren por completo las operaciones formales.

A nivel terapéutico, esta etapa nos permitirá empezar a trabajar a nivel verbal. En algunos casos incluso el cliente puede llegar a rechazar la terapia no-verbal por su deseo de ser tratado como un adulto.

3. Marco conceptual de la intervención—fundamento empírico y clínico.

Si analizamos la sintomatología de Marta, ésta coincide con la descrita en los casos de depresión, según la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ya que cumple con 5 de los criterios establecidos: estado de ánimo irritable o triste, pérdida de interés o placer en las actividades, pérdida de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa.

Síntomas de la depresión según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002)
1. Estado de ánimo irritable o triste.
2. Pérdida de interés o placer en las actividades.
3. Pérdida (o aumento) de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.

- | |
|--|
| 6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
9. Pensamientos de muerte o ideas, planes o intentos de suicidio. |
|--|

Figura 1. Extraído de Méndez, 2007

En la actualidad, los modelos de depresión infantil surgen de la integración de las diferentes variables que la investigación ha identificado como relevantes en este trastorno. Así, Del Barrio (1997) afirma que la depresión es el producto de una interacción recíproca entre acontecimientos vitales y características personales del niño en el plano biológico, cognitivo, personal y social, amortiguadas o potenciadas por factores familiares y sociales.

El abordaje de este caso se ha llevado a cabo desde una perspectiva narrativa constructivista ya que entendemos la psicoterapia como un proceso de reconstrucción de la identidad del cliente, como ha sido considerada por varios autores que trabajan partiendo de esta perspectiva como son Neimeyer (1995) o Guidano y Liotti (1983).

Tal como señala Gonçalves (2002), y entendiendo la psicopatología como una ciencia del significado personal, hablar de depresión es hablar de configuraciones prototípicas de organización de significado. Éstas se expresan en forma de narrativas. “El individuo está ligado a una narrativa prototipo como un sistema invariante de significación y al conjunto de sus narrativas” (Gonçalves, 2002, p.46). En el momento en que los clientes ponen palabras a sus experiencias reflexionan sobre ellas, es decir, las elaboran, clarifican, las organizan y en último término les pueden dar significado (Rennie, 1994). Otro beneficio de narrar las experiencias es que durante el proceso los clientes reconstruyen su historia de manera que adquieren una estructura narrativa (Pennerbaker, 1990). La capacidad de elaboración narrativa cada vez más compleja correlaciona con el desarrollo psicológico de la persona. Sin embargo, los niños desarrollan muy pronto una necesidad y capacidad para representar los significados de su vida cotidiana a través de una trama narrativa (Sutton-Smith, 1986). El pensamiento narrativo está centrado en las emociones, los relatos, las experiencias cotidianas y en las intenciones (Díaz, 2007).

En este sentido, el constructivismo parte de la premisa epistemológica de que tanto los individuos como los grupos de individuos construyen proactivamente modelos que varían ampliamente de uno a otro y que evolucionan en función de la experiencia (Botella, 1995; Feixas y Villegas, 1990; Mahoney, 1988, 1991).

Ravenette (2002), autor pionero en aplicar el constructivismo a la práctica educativa, recuerda uno de los principios de Kelly indicando que si se quiere conocer el punto de vista de un niño, hay que preguntárselo, ya que es muy posible que responda. La experiencia demuestra que ésta es una estrategia muy útil siempre y cuando la pregunta no sitúe al niño en una posición embarazosa y si se le invita

a elaborar sus respuestas. Cuanto mayor sea el niño, más probabilidad habrá de que sepa dar una explicación verbal de su manera de entender el mundo. Por el contrario, cuanto más joven sea existirá menos probabilidad de que tenga un punto de vista claro de las cosas o que pueda dar respuestas verbales elaboradas.

Partiendo de este principio de Kelly y entendiendo que los eventos que los clientes manifiestan sólo tienen significado en relación a su sistema de constructos, es importante señalar que el psicoterapeuta debe investigar el fondo sobre el que adopta significado el relato del cliente.

En referencia a la importancia de conocer el sistema de constructos del cliente y centrándonos en el trabajo con niños, Ravenette (2002) revisa las técnicas de entrevista y las estrategias terapéuticas para poder trabajar mejor con ellos. El autor menciona tres principios básicos. El primero se dirige a facilitar la respuesta de un niño durante la entrevista. Cabe destacar que los niños suelen presentarse como el foco de las quejas de los adultos en lugar de ser presentados como si tuvieran problemas para los que solicitar ayuda. Por lo tanto es necesario que se les informe de la finalidad de las preguntas del psicólogo y del porqué están siendo entrevistados, sólo así pueden tener la posibilidad de comunicar su comprensión de sí mismos y de los otros. El segundo principio remarca la importancia de que para conocer bien a alguien debemos examinar las áreas en la que se siente seguro. Y el tercero sugiere que no hay que asumir que entendemos lo que el niño quiere decir en base a sus explicaciones, es importante que preguntemos de diferentes formas para asegurarnos que captamos lo que nos quiere transmitir u ofrecer respuestas alternativas para que pueda señalar la que le parezca relevante.

En la línea de lo comentado, es importante añadir que en referencia a la implicación en la terapia con niños desde el punto de vista constructivista, el terapeuta no debe estar condicionado por el hecho de que un niño no haya llegado a un estadio del desarrollo en particular. No hay formas prescritas de cómo los niños construyen el pensamiento, por lo tanto, cada niño construye su mundo en base a sus propias experiencias (Fransella, 1995).

Por último cabe decir que, la intervención psicológica con niños supone diseñar un conjunto de técnicas y procedimientos adaptados a su desarrollo evolutivo, con el objetivo de que se sientan implicados en el proceso. La integración de los familiares en la terapia es fundamental para que los cambios conseguidos sean duraderos. Del Barrio (1997) describe tres consideraciones especiales que el terapeuta debe tener en cuenta a la hora de trabajar con niños y adolescentes. La primera es la habituación, esto es dar tiempo al niño para que se adapte a la relación terapéutica. La segunda es la confidencialidad, es importante dejar claro que lo que se trate en terapia no será comunicado a los padres sin el permiso del cliente, y por último, la empatía, que se refiere a conseguir conectar con las preocupaciones e intereses del niño.

En resumen y partiendo de una perspectiva narrativa constructivista, los niños

elaboran temprano la capacidad de representar los significados a partir de una trama narrativa. Para poder reconstruir una historia de manera que adquiriera una estructura narrativa es necesario que los niños pongan palabras a sus experiencias depresivas para poder reflexionar sobre ellas y organizarlas. En este sentido es muy importante, que el terapeuta conozca el sistema de significados del niño, facilitando su respuesta durante la entrevista, examinando las áreas en las que se siente seguro y preguntando de diferentes formas para asegurarnos que captamos lo que nos quiere transmitir. Es importante que el proceso psicoterapéutico se adapte al desarrollo evolutivo del niño, con el objetivo de que se sienta implicado en el proceso y que el terapeuta no debe estar condicionado por el hecho de que un niño no haya llegado a un estadio del desarrollo en particular teniendo en cuenta que cada niño construye su mundo en base a sus propias experiencias.

4. Evaluación de los problemas y metas.

La evaluación de los problemas se realizó durante las primeras sesiones con los padres y Marta a través de entrevistas. Ambas partes consideraban que existían problemas de comunicación en la familia. Mientras los padres se quejaban del mal comportamiento de su hija, ella afirmaba sentirse sola, triste e incomprendida por todo su entorno.

Con el objetivo de concretar el plan de trabajo terapéutico se exploraron los objetivos que querían conseguir con la terapia (ver tabla 1 y tabla 2).

Tabla 1. Metas terapéuticas formuladas por los padres
<ol style="list-style-type: none"> 1. Volver a la normalidad. 2. Que nos haga caso sin tener que insistirle y repetirle las cosas tantas veces. 3. Que no nos conteste tan mal ni nos lo replique todo.

Cabe señalar, que como vuelta a la “normalidad” los padres entendían volver a mantener una comunicación más fluida con Marta y que ésta se mostrara más afectuosa con ellos y con su hermana pequeña.

Tabla 2. Metas terapéuticas formuladas por la cliente
<ol style="list-style-type: none"> 1. No sentirse sola aun estando acompañada. 2. Estar alegre y recuperar las ganas de hacer las cosas que antes hacía. 3. Mejorar la relación con sus padres y sentirse integrada con los compañeros de su edad.

A la luz de las metas acordadas se puede apreciar la existencia de una falta de comprensión entre todos ellos. Padres e hija estaban centrados en su visión particular de los problemas, lo cual les incapacitaba para situarse en el lugar del otro, contribuyendo al mantenimiento e incluso empeorando en ocasiones la situación

problemática que les llevaba a terapia.

5. Formulación del plan de tratamiento

Para formular el plan de tratamiento se tuvieron en cuenta los padres, la propia Marta y la escuela (el tutor y algunos de sus profesores) ya que los tres sistemas estaban implicados en la vida de la cliente y representaban una fuente muy importante de información. Además, se constató que Marta actuaba de forma distinta en los tres ámbitos. Precisamente por este motivo, algunos de los síntomas y conductas que se detectaban en casa no se detectaban en la escuela y viceversa.

En cuanto al ámbito familiar nos formulamos las siguientes preguntas: ¿Cómo es el comportamiento de Marta?, ¿Qué conductas se consideran en casa un problema?, ¿Cómo afectan dichas conductas en la familia?, ¿Qué estados anímicos perciben? y ¿Qué soluciones han intentado?

Por lo que respecta a los profesores nos planteamos las siguientes cuestiones: ¿Cómo es Marta en relación a los compañeros?, ¿Cómo es Marta en relación a los profesores?, ¿Cómo es su funcionamiento en clase? y ¿Qué estados anímicos perciben?

Y por último referente a la cliente nos preguntamos: ¿Cuál es su visión del problema?, ¿Qué sentimientos experimenta? y ¿Qué soluciones ha intentado?

Después de entrevistar a las tres partes y a partir de las respuestas obtenidas en las anteriores preguntas, se diseñó un plan de tratamiento global. Dicho plan incluía a padres e hija. La intervención se focalizó en la deconstrucción de la historia de la cliente, la externalización del problema, la identificación de excepciones al problema, la construcción de narrativas alternativas y la consolidación de las narrativas alternativas (Pacheco, 2007).

Para la deconstrucción de la historia de la cliente, se averiguó cómo explicaba ésta su historia, prestando atención al lenguaje que empleaba, los términos con los que se refería a sí misma, los personajes que aparecían, quienes eran los protagonistas, etc.

La externalización del problema es un abordaje consistente en cosificar y personificar el problema de las personas. En el caso de los niños resulta muy atractiva para las familias, ya que a pesar de que el problema se suele definir como algo interno al niño, éste afecta a toda la familia. La externalización del problema permite a las personas separarse de las narrativas dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones (White y Epston, 1993). Al externalizarlo pueden volver a identificar aspectos que antes ignoraban pero que pueden tener gran importancia y no podían haberse predicho a partir del relato dominante, a estos aspectos o excepciones al problema White (1987, 1988 en White y Epston, 1993) los denomina acontecimientos extraordinarios. Para identificarlos se puede pedir a la familia que recuerde hechos o situaciones que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y supongan una excepción a la influencia del

problema.

Las narrativas alternativas son narrativas que permiten maneras más satisfactorias para dar forma a sus vidas. Éstas se crean a partir de las excepciones al problema anteriormente definidas. En el espacio terapéutico se intentará construir una nueva narrativa que permita a la cliente superar su tristeza y sus dificultades para dar un nuevo sentido a su vida y a su forma de establecer relaciones.

Una vez se han encontrado narrativas alternativas que resulten eficaces es necesario ponerlas en práctica y consolidarlas para evitar que en el futuro aparezcan narrativas dominantes nuevamente. En este sentido es aconsejable anticipar posibles situaciones similares a las del motivo de demanda para buscar como deberá actuar la cliente.

Cabe señalar además, que en el proceso terapéutico se incluyeron aspectos propios de otras perspectivas, como por ejemplo de la terapia cognitiva. Se planificó trabajar con Marta a nivel de sentimientos y emociones ya que su capacidad lo permitía, habilidades sociales y autoestima. Con los padres se trabajarían los límites y competencias parentales, sus sentimientos y se les facilitaría el aprendizaje de ponerse en el lugar de su hija e intentar ver el mundo a través de la perspectiva de ésta.

6. Curso de la terapia

En este apartado describiremos la construcción de la alianza terapéutica y la intervención que se realizó.

Con respecto a la alianza, se trabajó minuciosamente para conseguir una buena relación dado que está considerada la variable con mayor capacidad predictiva de mejoría del cliente (Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt y Rose; 1984). Además, la importancia de desarrollar una buena alianza terapéutica ha sido demostrada por numerosos estudios empíricos (Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990; Kleinke, 1998). Una buena alianza de trabajo requiere un buen vínculo entre terapeuta y cliente que permita el acuerdo entre metas y tareas (Bordin, 1976). Sin embargo, una buena alianza no causa en sí mismo el cambio, aunque es un prerrequisito necesario para que se lleve a cabo el proceso terapéutico (Gaston, 1990; Tichenor y Hill, 1989 citado en Kleinke, 1998).

En este caso se tuvo especial atención en la construcción de la alianza ya que por un lado las dificultades relacionales de la cliente formaban parte de la demanda terapéutica de los padres y por el otro, porque la iniciativa de acudir a terapia no había surgido de Marta. Es decir, no se le había consultado nada. Con este fin, la terapeuta se interesó inicialmente por las cosas que le gustaban a Marta, aficiones, actividades o situaciones en las que se sentía bien. Ésta es una forma muy habitual de empezar a construir la relación terapéutica con niños y adolescentes ya que permite acercarse a ellos.

Sin embargo, establecer una buena alianza no fue difícil. La cliente se mostró

muy predispuesta a colaborar desde el principio. Siempre fue muy sincera y se le respetó el hecho de que no quisiera responder a ciertas preguntas o temas en los que no se sentía cómoda. Se le facilitó un espacio de confianza donde su opinión era muy válida, algo que ella anhelaba en los demás ámbitos de su vida. Quizá por este motivo en uno de los ejercicios que se le pidieron en la segunda sesión (ver figura 1) aparecía la terapia como un elemento esperanzador.

Marta se implicó mucho en la terapia, disfrutaba con las tareas que se le pedían ya que escribir le apasionaba y lo consideraba muy útil, a la vez que divertido.

Otro aspecto que reforzó muy positivamente la alianza con la cliente, fue el hecho de no excluirla de las sesiones con los padres. Tradicionalmente ha existido la tendencia a no incluir a los niños en las sesiones de terapia familiar por varias razones. En ocasiones para protegerlos de informaciones que puedan herirles y otras veces no incluirles forma parte del miedo de los terapeutas a no saber tratar eficazmente a niños y adultos simultáneamente (Combrinck-Graham, 1991). Algunas investigaciones (Selekman, 1997) respaldan la inclusión de los niños en las terapias familiares ya que demuestran que éstos prefieren tener un papel activo en la terapia y que se les tenga en cuenta.

Desde nuestro punto de vista cuando las sesiones se van a centrar en los niños no tiene sentido excluirlas, al contrario, consideramos muy positivo que las sesiones se hagan conjuntas ya que es un espacio donde poder fomentar la comunicación de calidad entre los distintos miembros de la familia y trabajar así conjuntamente. Por lo tanto, Marta estuvo presente en las reuniones con los padres, excepto en alguna ocasión en que ella misma prefirió no asistir. De esta forma sintió que el espacio terapéutico era suyo y se evitó que pensara que se la trataba como a una niña que no tiene derecho a decidir, queja habitual en ella. Este hecho la sorprendió positivamente ya que estaba acostumbrada a no ser incluida en las reuniones que tenían que ver con ella, por ejemplo con los profesores, y contribuyó a fortalecer el vínculo terapéutico. A sus padres inicialmente también les sorprendió el hecho de incluirla en todas las sesiones y se sentían extraños hablando de determinados temas delante de ella, pero se fueron acostumbrando y finalmente lo valoraron positivamente.

En las reuniones con Marta y sus padres se trabajaba la capacidad empática de todos ellos, se facilitaba que pudieran ponerse unos en el lugar de los otros y se intentaba llegar a acuerdos entre todos. Conjuntamente también, se revisaban los logros que entre todos iban consiguiendo y progresivamente se proponían nuevos objetivos y nuevos acuerdos.

El proceso fue lineal, sin accidentes ni rupturas destacables en la alianza (Safran y Muran, 2000a). Se estableció un clima de confianza con Marta, ella se sentía bien en las sesiones y poco a poco la relación se fue consolidando, tanto con ella como con los padres que cada vez se mostraban más implicados.

Por lo que se refiere a la intervención cabe mencionar que se enfocó principal-

mente desde un paradigma constructivista aunque se utilizaron diferentes técnicas procedentes de otras orientaciones. Tal como comenta Pacheco (2007) este no es un hecho aislado sino que forma parte de la corriente de la integración en psicoterapia surgida a causa de que algunos investigadores evidenciaron la ausencia de diferencias en la eficacia entre psicoterapias.

Se realizaron un total de 12 sesiones, una con los padres (sesión 1), la mayoría con Marta (sesiones 3, 4, 5, 6, 8, 9 y 11) y algunas conjuntas (sesiones 2, 7, 9 y 12). Las 7 primeras sesiones se realizaron con una frecuencia semanal y a partir de la octava se realizaron quincenalmente, a excepción de la última que tuvo lugar un mes después de la anterior debido a las vacaciones de verano.

Sesión 1:

La primera sesión tuvo lugar con los padres ya que son los que realizaron inicialmente la demanda. En esta sesión explicaron detalladamente el motivo por el cual acudían a terapia y comentaron que había sido la propia tutora de Marta quien, tras una entrevista con ellos, les aconsejó llevar a su hija a terapia y les recomendó esta terapeuta. En ésta misma sesión los padres detallaron las metas terapéuticas que se planteaban conseguir (ver tabla 1). Éste aspecto es sumamente importante ya que nos aporta una información muy valiosa sobre el problema, las expectativas y la forma como los padres esperan ser ayudados. En este caso, apreciamos que las metas de los padres estaban dirigidas al comportamiento de su hija. Se recogieron todos los datos referentes a la historia clínica de la cliente y que nos permitían empezar a contextualizar el caso.

Sesión 2:

La segunda sesión se realizó en dos partes, una primera a solas con Marta y una segunda en la que se incorporaron los padres. En la primera parte, Marta nos explicó su visión del problema y nos confirmó que estaba de acuerdo en venir a terapia. En cuanto a su visión del problema, refería sentirse mal desde el inicio del curso escolar, lo cual incluía sentimientos de soledad y un empeoramiento de la relación con sus padres. Todo ello le hacía sentirse incomprendida.

Al igual que hicimos con sus padres, le preguntamos por sus metas terapéuticas (ver tabla 2), que como imaginábamos, no eran las mismas que las de sus padres, aunque tenían en común la necesidad de mejorar la relación entre ambas partes. También nos habló de las actividades que le resultaban placenteras como leer y escribir. De hecho expresó también su deseo de ser escritora de novela fantástica y confesó escribir todo lo que le ocurría en una libreta. En la segunda parte de la sesión junto con los padres se acordó como iban a ser las siguientes sesiones.

Entre la segunda y la tercera sesión, se contactó telefónicamente con la tutora de Marta quien nos informó que el rendimiento de ésta no había bajado en ningún momento. Sus notas seguían siendo muy altas pero sin embargo habían notado que

le costaba relacionarse con sus compañeros de clase. Desde hacía algún tiempo veían que se quedaba sola durante la hora del patio, la veían algo preocupada y les parecía que buscaba más la compañía de los adultos, como por ejemplo de los profesores.

Sesión 3:

En esta tercera sesión acudió Marta sola. Comentó su preocupación por tener que ir al instituto el próximo curso debido a dos razones. En primer lugar la mayoría de compañeros irían a otro centro y con ella sólo seguirían dos compañeras, una de las cuales le hacía la vida imposible. Y en segundo lugar, la entristecía dejar de ver a los profesores con los que se había vinculado mucho y estaba segura que los echaría mucho de menos. En este sentido lamentaba no poder abrirse más con ellos y mostrar sus sentimientos. Comentó que le gustaría explicarles las dificultades de relación que tenía con sus padres, así como su incapacidad para estar alegre y su sentimiento de soledad e incomprensión general. Se trabajó también su percepción sobre la situación actual con sus padres. Detalló los motivos de desacuerdo entre ellos y le planteamos cómo sería la relación ideal con sus padres. En esta relación ideal ella tendría más libertad y poder de decisión, habría más comunicación y sus padres estarían más por ella. Se le pidió también que puntuara en una escala de 0 a 10 cual había sido su estado de alegría los últimos meses y puntuó 4,5. Sin que se le hubiera pedido, aportó un cuento y una novela escritos por ella, ambos eran de un estilo bastante fantasioso y triste a la vez. Finalmente se le pidió como tarea para la siguiente sesión una autocaracterización (Kelly, 1955; 1991).

Sesión 4:

Después de leer el cuento y la novela, la terapeuta se los devolvió felicitándola por sus argumentos tan originales y por la excelente expresión. Marta trajo la autocaracterización que había realizado (ver tabla 3) y la leyó a la terapeuta. En ésta tarea no se invita a la cliente a producir sus constructos sino a escribir un boceto de autocaracterización tal y como lo haría alguien que la conoce muy bien y la aprecia. Bajo estas circunstancias, el conocimiento de los propios constructos es inferencial, se basa en el estudio de los modos en que se compone el material, las interrelaciones entre sus apartados y las consistencias internas de todo el escrito Ravenette (2002).

En ésta destacaba la soledad que sentía y lo diferente que se veía respecto a los demás. También tenía la percepción que los otros la veían diferente, “como un bicho raro”. En el escrito se podía apreciar el sufrimiento y su incapacidad para salir de la situación en que se encontraba. Se reflejaba su preocupación por el cambio de colegio ya que en el actual al menos se sentía segura por conocer a la gente. La tristeza por separarse de los profesores era otro de los temas presentes ya que era con ellos con quien más le gustaba estar.

Sentía que todo iba cada vez peor y la posición subjetiva que ocupaba Marta

tanto en su casa como en el colegio constituía una narrativa regresiva. Su sentimiento de soledad y tristeza ante el no sentirse comprendida por nadie, hacían que cada vez se alejara más de llegar a ser comprendida. Sentía que hiciera lo que hiciera los demás nunca la comprendían (causalidad externa) y al mismo tiempo se veía como un bicho raro (causalidad interna). Hasta el momento de iniciar la terapia, la forma que tenía de hacer oír su voz era a veces mostrando rabia o tristeza (iniciativa activa) y otras mostrándose invisible (iniciativa pasiva) (Pacheco y Botella, 2000).

Al finalizar la sesión se habló brevemente con la madre que comentó que notaban algunos cambios en Marta y que la tutora le había comentado que estaba un poco más abierta.

Tabla 3. Autocaracterización

Marta tiene 12 años. Le gusta leer y escribir, jugar y ver la tele. Es una chica tímida. Conocer gente no ha sido nunca lo que más le gusta. En su colegio, tiene fama de ser inteligente. La gente puede ver en ella una persona normal, aunque le cuesta expresar sus emociones de manera natural. Y feliz, la gente cree de ella una persona feliz. Para algunas compañeras suyas es alguien aburrida. Para otras, alguien de quien copiar los deberes. O quizá una rival, o alguien que le gusta estudiar (que no es verdad), o una chica rara... Cada persona piensa de ella algo diferente. Pero detrás de aquella máscara, detrás de aquella mente, muy dentro de ella, hay un corazón. Es como una estrella que le guía, que le ayuda y acompaña. Desde aquella brillante estrella, se pueden ver múltiples planetas: Alegría, Tristeza, Soledad, Nostalgia, Sinceridad, Rabia, Miedo, Pasión, Sensibilidad, Amor, Amistad... por dentro, Marta es un universo. Una caja de sorpresas. Si la conoces mejor, puedes ver que es alguien simpática con la que poder hablar y contar secretos tranquilamente. Y si investigas puedes descubrir millones de cosas sobre ella. Y entonces puedes darte cuenta de que en algunos aspectos, es diferente a los demás. Puedes leer sus poemas y pensar: ¡Oh, qué bonito! Puedes observarla y pensar ¿De verdad es tan feliz? Marta es una persona muy sensible, le afecta mucho lo que le dicen los demás. Se siente sola continuamente y está muy triste, cada día más. Aunque piense que todo es por el tema de sus padres, ha llegado a creer que es por su manera de ser. No le gusta quedar mal, tampoco equivocarse. No le gusta escuchar gritos, tampoco enfadarse. Y cuando llora, piensa en otros universos, aquellos que ve cada mañana, en el colegio... ¿Cómo deben ser por dentro? Cuando a Marta le sucede algún problema, le cuesta contener las lágrimas. Lo pasa muy mal y para ella es muy difícil dejarlos atrás. Si alguien pregunta: ¿Cómo estás? Contesta- Como siempre. Y es que siempre está triste. A veces tiene un bichito en el corazón que le hace sentir peor aún. Últimamente se siente más mal, porque éste será el último año que estará en este colegio. La gente puede decirle que hará nuevos amigos, que conocerá gente, pero ella sabe que sentirá un vacío en el corazón. Echará de menos toda la gente del colegio, profesores, compañeros, amigos... y algunos más aún. No sabe si conseguirá superarlo. En el universo de Marta, hay planetas más lejos y otros más cerca. Los que hay más allá, los visita raramente... Los de cerca continuamente. Con el tiempo quizá los planetas se vayan moviendo y cambien de lugar. Quizá...

Sesión 5:

En esta sesión se acabó de comentar la autocaracterización realizada por la cliente ya que con las conclusiones extraídas en la anterior sesión, realizó un dibujo en el que interpretó su universo (ver figura 2). Marta denominaba “mi universo” a la situación que vivía, la visión que ella tenía de las cosas y los sentimientos que sentía. En este dibujo se podían observar sus sentimientos predominantes, los cuales eran en su mayoría negativos (miedo, soledad, tristeza y rabia).

El dibujo fue el resultado de la pregunta externalizadora (White y Epston, 1990) ¿Cómo son los sentimientos de Marta? Y a través de éste se pudo trabajar como se veía y sentía ella con sus padres, hermana y otros familiares significativos, también en la escuela con profesores y compañeros de clase. Se trabajó a través de metáforas facilitando la aparición de voces alternativas a la tristeza. Se observó en qué ocasiones no se había sentido atacada por los “bichitos” (en el dibujo tienen forma de espiral), cómo los combatía, qué recursos tenía para hacerlo, si estaba sola luchando contra ellos o si alguien la ayudaba, etc. También se trabajó la normalización y desdramatización a través de la pregunta de si creía que era la única persona en el mundo a la que atacaban estos bichitos.

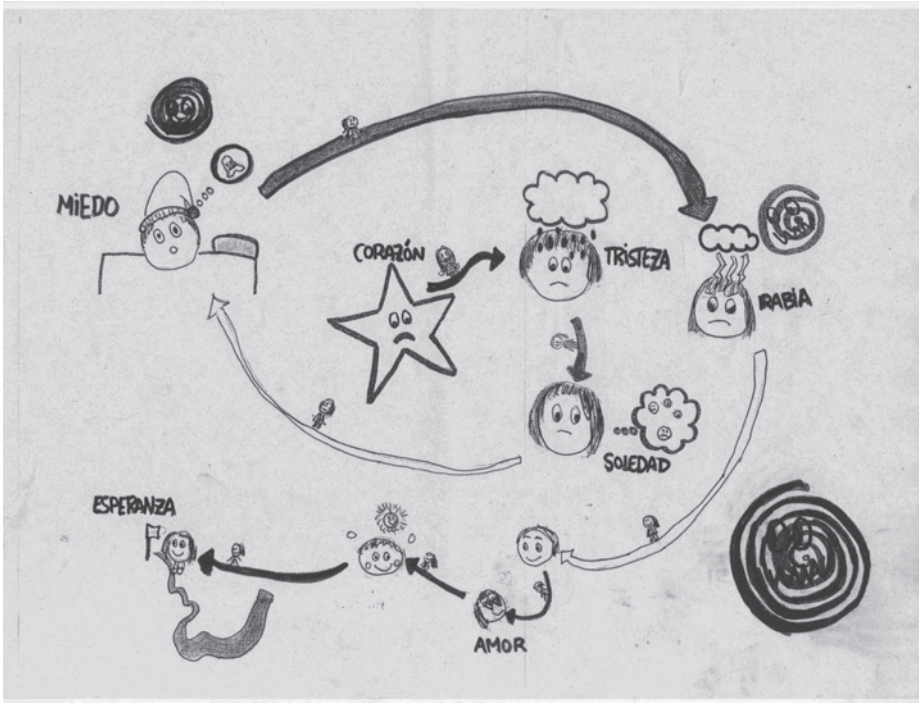


Figura 2. Dibujo autocaracterización

Al finalizar la sesión se le propuso realizar otra tarea para la siguiente sesión. Con el objetivo de explorar la historia de la cliente y su visión de ésta, se le pidió una breve autobiografía, narrada desde el punto de vista del presente. Concretamente se la invitó a esbozar los capítulos que podrían organizar y puntuar el flujo de su vida (Neimeyer, 2002). Se le dio la siguiente instrucción: “Imagina que pudieras escribir tu propia autobiografía. ¿Cómo sería el índice de este libro?”.

Sesión 6:

Marta trajo el ejercicio que se le había pedido como tarea y se dedicó toda la sesión a comentarlo (ver tabla 4).

Tabla 4

Una vida única: El Libro de Vida de Marta

Los siguientes cuadros muestran los capítulos de vida desde el punto de vista de la cliente, valorándolos en función de si fueron positivos o negativos para ella.

1. De pequeña	Recuerdo que hasta P5 fue una época positiva. Todavía no existían los “bichitos” (sentimientos negativos).
2. Mis sueños	A los 6-7 años empiezan las pesadillas (sufre terrores nocturnos). Fue una etapa negativa.
3. Una nueva escuela	Cambio de escuela en primaria. Etapa positiva al principio, hasta que en tercer curso una compañera empieza a hacerme la vida imposible.
4. Amigas	También en primaria. A raíz de la actitud de esta compañera empiezo a sentir que las amigas se posicionan a favor de ésta y ya no caigo bien a todo el mundo. Etapa negativa.
5. ¡Bienvenidos controles!	En tercero de primaria (8-9 años) empiezo a tener muchos exámenes y esto transforma la imagen que los demás tienen de mí. Empiezan a verme como alguien que sólo piensa en exámenes, me llaman “empollona”, etc.). Etapa negativa.
6. La familia	Me siento ignorada por todo el mundo, excepto por un primo 8 años mayor que yo. El único que me presta atención. Etapa negativa.
7. La playa	Empezamos a ir cuando yo tenía 5 años, me gustaba mucho y tenía muchos amigos. A partir de tercero ya no quise ir más con ellos. Me quedaba en el apartamento e iba con mis padres. Positiva y negativa.
8. Padres	A partir de tercero ni siquiera mis padres me comprenden. Discuto más con ellos. Etapa negativa.

9. Luz y oscuridad	Caigo en un pozo. Las cosas que antes eran positivas se van convirtiendo en negativas.
10. ¿Cómo era yo?	Dentro del pozo no recuerdo como era antes y necesito saberlo para poder comparar.
11. Mi corazón	Ahora está hecho un lío, pero lo que más hay es tristeza.

Después se le pidió que completara el índice añadiendo algún capítulo futuro para tratar así de ver como se posicionaba respecto a éste y si existían acontecimientos extraordinarios futuros. A lo que la cliente añadió dos nuevos capítulos donde se apreciaba la intención de Marta de escapar de la influencia del problema.

Tabla 5	
12. Psicóloga	Es lo que espero que me ayude a salir del pozo.
13. La ESO	Tengo muchas preguntas de cómo irá y no sé si alguna esperanza.

Mediante el trabajo en sesión con este ejercicio nos dimos cuenta y Marta también, que el tercer curso de primaria marcó un antes y un después en su vida lo cual nos obligó a detenernos en este aspecto para poder analizarlo en profundidad. Pudimos ver que hasta ese momento, Marta había asistido a otra escuela muy pequeña, de una sola línea por curso, donde ella siempre se había sentido apreciada y valorada. Contaba con muchos amigos y se sentía un poco líder. En primaria cambió de colegio y al principio se sentía muy bien y seguía sintiéndose apreciada e integrada en el grupo hasta que en tercer curso empezó a rivalizar con Cristina, una chica de la clase que sacaba también muy buenas notas, era muy popular entre los chicos y empezó a meterse con Marta. Ante esta situación mucha gente de la clase debían posicionarse con una o con otra y Marta sintió que había perdido la batalla.

Consideramos este hecho un factor muy importante, en el momento evolutivo en que se encuentra Marta, ya que en esta etapa el grupo de amigos adquiere una gran importancia y el hecho de no tener un grupo bien configurado en el que sentirse seguro es una causa de sufrimiento (Waddell, 1998).

A diferencia de las otras niñas de su edad, Marta destaca por su madurez, y no se sentía identificada con ningún grupo de su edad (ni en el colegio ni fuera). Vivía en un dilema, quería que se la tratara como a un adulto, se quejaba de que la trataban como a una niña pero al mismo tiempo disfrutaba de actividades que consideraba infantiles aunque le costara reconocerlo. Vivía en una contradicción constante y se sentía diferente, “la rara”. Quería sentirse integrada en la clase pero se sentía distinta a los demás y muy sola. Todo ello hacía aflorar sentimientos negativos de tristeza, rabia y miedo.

Sesión 7:

En esta sesión acudieron padres e hija con el propósito de comentar la evolución de la terapia. Se habló de los cambios conseguidos, las dificultades observadas en el cumplimiento de los objetivos fijados en la anterior sesión de terapia familiar y se plantearon nuevas metas a conseguir.

Los padres destacaron que habían observado a su hija más abierta y participativa, ya que había pasado alguna tarde a solas con la madre comprando ropa y había jugado a la consola con su padre. Se sentían satisfechos porque no se había encerrado con tanta frecuencia en su habitación y porque no les contestaba tan mal, aunque seguía sin mostrarse cariñosa.

Marta por su parte, destacaba el hecho de que sus padres no le hubieran estado tan encima, lo que la había hecho sentir un poco más libre y valoraba muy positivamente el haber podido pasar más ratos a solas con sus padres. También añadió orgullosa los logros que había conseguido en el colegio, donde se iba atreviendo cada vez más a interactuar con sus compañeros y con sus profesores. En esta ocasión valoró su grado de alegría en un 5,5, con lo que observamos un aumento de un punto desde la última vez que lo exploramos.

De este modo, se pudieron definir cuáles habían sido las excepciones al problema para todos ellos, con el objetivo no solo de enumerarlos sino también de expandirlos generando nuevas excepciones.

Sesión 8:

Con el propósito de examinar los problemas personales de la cliente se le pidió una tarea que consiste en dibujar, descrita por Ravenette (2002). Para introducir la actividad, se le recordó que todas las personas, niños, jóvenes y adultos, en algunos momentos de su vida tienen problemas. Pueden sentirse heridos, tristes, incomprendidos, preocupados, etc. Se le pidió que elaborara los dibujos de cinco ocasiones en las que estaría preocupada o molesta. Para hacerlo se dobló un folio de papel en seis recuadros y se hizo una pequeña señal en cinco de ellos. La terapeuta le comentó que esas marcas eran un modo de ayudarla a comenzar con sus dibujos y que ella no necesitaba usarlas. Le ofreció material de escritura y Marta continuó los dibujos (ver figura 3). En esta ocasión Marta realizó sólo cuatro dibujos ya que no se le ocurría una quinta situación en ese momento y se aceptó igualmente. En el sexto recuadro se le dio la instrucción de dibujar una situación en que se sintiera bien.

A continuación se pasó a comentar los dibujos realizados. En la primera viñeta se dibujó en su mesa en clase sola porque nadie le decía nada. En la segunda dibujó una situación de discusión con una compañera de clase en la que se sintió atacada sin razón y no supo como defenderse. Algunos de sus compañeros, especialmente la representada en el dibujo, protestaron porque fue Marta quien ganó el certamen literario celebrado con motivo de Sant Jordi ya que consideraban injusto que cada año ganara la misma persona. Ella se sintió ofendida, enfadada y triste. En ese

conflicto intervino un profesor y eso la hizo sentir muy bien. En el tercer rectángulo describió una situación en su habitación, después de una discusión con sus padres, momento en que se sintió muy triste e incomprendida. En la cuarta viñeta la situación volvía a tener lugar en la clase pero esta vez con su profesora, quien se dio cuenta que alguna cosa le pasaba pero ella no se atrevió a sincerarse aunque sentía muchas ganas de hacerlo. Finalmente en el quinto recuadro dibujó una situación con la profesora quien le pidió reunirse al día siguiente en su despacho a solas para hablar con ella de lo que le pasaba. Marta se sintió muy bien con la propuesta de la tutora pero al mismo tiempo dudó, se sintió insegura y tuvo la tentación de no ir o de negar que le pasara algo, pero finalmente venció sus miedos y fue a hablar con la profesora. Después de haberse atrevido se sintió tranquila y bien.

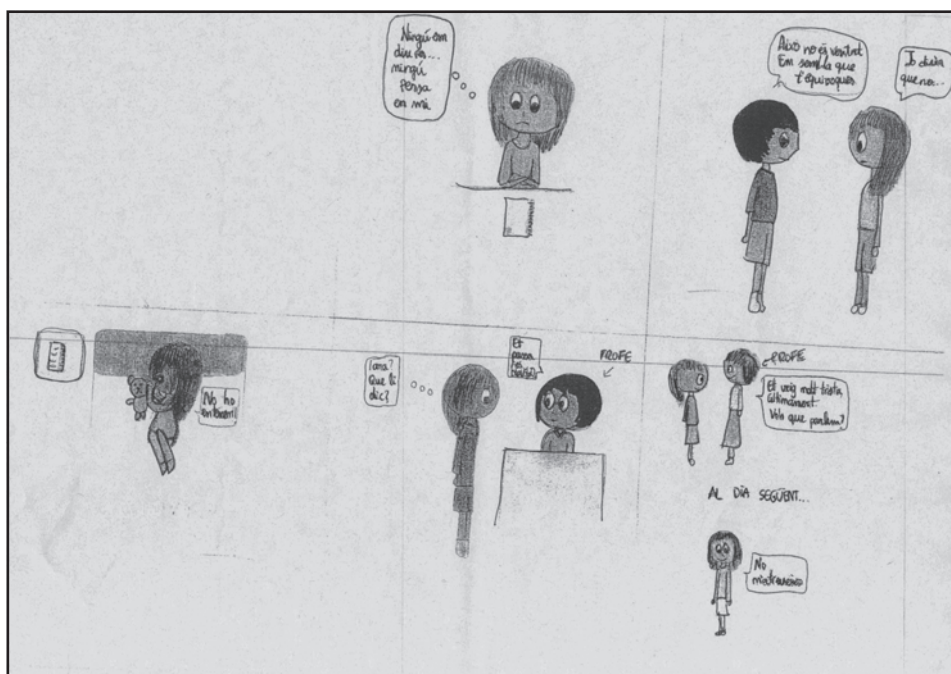


Figura 3.

Sesión 9:

Esta sesión estaba planificada para trabajar únicamente con Marta, pero el día anterior la madre contactó telefónicamente con la terapeuta para preguntar si sería posible una sesión familiar, ya que habían pasado unos días realmente difíciles donde los logros conseguidos parecían haberse esfumado. Marta se había encerrado en sí misma de nuevo y los padres se sentían desesperados con el comportamiento

de su hija ya que volvía a estar agresiva verbalmente con ellos, desobediente y “pasota”. Ante esta situación los padres perdían los nervios con facilidad y las discusiones habían aumentado considerablemente.

Se realizó una primera parte de la sesión con Marta a solas ya que esa semana debía apuntarse a unas colonias, lo cual era un logro ya que nunca había ido de campamentos en verano y en esta ocasión había sido ella misma quien había decidido apuntarse para conocer gente nueva y mostrar otras partes de Marta a parte de “la empollona”. Con todas las dificultades de los últimos días se sentía muy desanimada y a la vez asustada ante la idea de irse 15 días, tenía ganas de abandonar y quedarse como cada año en casa.

En la segunda parte de la sesión se incorporaron los padres y la terapeuta observó como el padre venía con toda la pierna enyesada y apoyándose en dos muletas, había tenido un accidente en moto y necesitaba reposo absoluto. La terapeuta hizo el paralelismo entre esta situación y la vivida con la enfermedad de los abuelos maternos, en que la madre se había volcado a cuidarlos, viviendo situaciones de estrés y Marta se había sentido ignorada, etc. Los padres afirmaron que les estaba causando un gran malestar y quizá estaban más irritables y Marta explicó que ante el malhumor de sus padres ella se sentía nuevamente incomprendida y se encerraba en su mundo. Al exponer cada uno su explicación, todos entendieron qué estaba pasando y se buscó de qué forma podían seguir manteniendo los logros conseguidos con la nueva situación. Y pactaron así nuevos juegos que podían realizarse en reposo con el padre, seguir manteniendo un espacio, aunque reducido, con la madre a solas, etc.

Sesión 10:

Esta sesión tuvo lugar el día siguiente de haber regresado de sus colonias. Marta se sentía agotada físicamente y no tenía muchas ganas de hablar. Explicó que se lo había pasado muy bien en las colonias y había conocido mucha gente nueva. Sin embargo, se la seguía viendo seria y presentaba una actitud muy fría al hablar de los padres, como si estuviera ofendida o enfadada por algún motivo pero dejó claro que no tenía ganas de hablarlo en ese momento. Únicamente explicó que se había sentido muy agobiada al volver a casa ya que al estar de vacaciones escolares y estar su padre todavía de baja, le traspasaban muchas obligaciones y le tocaba hacer muchas tareas que consideraba injustas, lo cual la irritaba. Se la animó a negociar este tema con sus padres pero no pareció gustarle mucho la idea y se acordó retomar este tema en la siguiente sesión.

Sesión 11:

Esta sesión fue la última antes de las vacaciones de agosto, dos días después se marchaba junto con sus padres a la residencia de veraneo. En esta ocasión, Marta venía con una actitud totalmente distinta a la de la última sesión, se mostraba

colaboradora de nuevo y mantenía una actitud positiva. Estaba contenta por irse de vacaciones pero comentó que tenía algunos miedos respecto al grupo de amigos con el que se relacionaba, se preguntaba si la verían igual como la veían los compañeros de clase, si la aceptarían, si ella sabría desenvolverse bien, etc. Respecto al funcionamiento familiar, explicó que había habido alguna discusión pero ella misma le quitó importancia y valoró los cambios conseguidos. Con la ayuda de la terapeuta, fueron enumerando los cambios realizados por Marta durante ese tiempo y finalmente, se le pidió que puntuara nuevamente su alegría en una escala de 0 a 10 y esta vez puntuó con un 7.

Sesión 12:

Se inició la sesión a solas con Marta, quien había vuelto muy ilusionada de sus vacaciones. Se lo había pasado muy bien, se había sentido integrada en el grupo de amigos y a nivel familiar se había sentido tranquila y animada. Seguía habiendo quejas hacia sus padres pero esta vez ya no por sentirse sola sino por no dejarla salir de noche, por no permitirle ir en la moto de otros, etc.

Cuando se incorporaron los padres relataron también los cambios que observaban en Marta. La veían alegre, participativa e integrada en los grupos de iguales. Sentían que la comprendían mejor y que volvían a estar unidos, a la vez que comprendían que su hija estaba en una etapa de muchos cambios y la negociación con ella para poner límites y normas era constante, pero no tenía porque convertirse siempre en una discusión tras otra.

Tanto Marta como sus padres sentían que habían conseguido las metas que venían buscando a terapia y se acordó concluirla en ese punto. Para finalizar, la terapeuta les invitó a resumir y reflexionar acerca de qué habían aprendido durante el proceso terapéutico y qué recursos y herramientas tenían a partir de ese momento para superar dificultades futuras, como por ejemplo el inminente cambio de colegio.

8. Evaluación final del proceso y resultado de la terapia.

El resultado de la terapia fue considerado muy positivo por parte de Marta y de sus padres, por lo que podemos considerar que la intervención constructivista narrativa tuvo éxito. Tanto Marta como sus padres sentían que habían conseguido hacer realidad las metas que se habían planteado al iniciar la terapia. Los padres estaban contentos de sentir que Marta volvía a relacionarse de forma afectuosa con su familia y de que las contestaciones que les daba no tenían tanta agresividad. Pero sobretodo destacaban el hecho de que habían conseguido entenderla un poco más. Por su parte, Marta ya no se sentía sola, notaba que sus padres se esforzaban en comprenderla, no se sentía ignorada por ellos y se veía capaz de hacer nuevos amigos, incluso en el nuevo colegio. Además, volvía a tener ganas de salir y su libreta estaba llena de historias con finales más esperanzadores.

La perspectiva narrativa constructivista, permitió trabajar a la terapeuta con

la escritura y la creación literaria, así como con el dibujo, ámbitos en los que la cliente se sentía segura, hábil y aventajada. La terapeuta utilizó estos recursos para relacionarse con ella desarrollando un diálogo colaborativo (Pacheco y Botella, 2000). A través de la trama narrativa Marta pudo elaborar la capacidad de representar los significados. Se le ofreció la posibilidad de poner palabras a sus experiencias depresivas para así poder reflexionar sobre ellas y organizarlas, llegando de esta forma a reconstruir su historia. El proceso psicoterapéutico se adaptó al nivel de desarrollo evolutivo de la cliente, que tenía ya mucha capacidad para trabajar a nivel verbal y se logró que se sintiera implicada en el proceso.

Con la finalidad de deconstruir el problema se exploraron los dos sistemas principales implicados en la vida de la cliente, es decir, su familia y su colegio. Se exploraron las prácticas discursivas y nos preguntamos sobre cómo eran las conversaciones que mantenía generalmente Marta con las personas de su entorno y consigo misma.

Observamos que los padres situaban mayoritariamente la causa en Marta (causalidad externa) y en las sesiones se trabajó para que se pusieran en el lugar de su hija, viendo el mundo desde su perspectiva y no desde la de ellos. Poco a poco descubrieron como contribuían ellos a generar estas situaciones y se procuró desculpabilizarlos, sobretodo a la madre y a poder buscar conjuntamente nuevas formas de funcionar y relacionarse más adaptativas para todos y especialmente para Marta.

En cuanto a Marta, sus actitudes iniciales de aislamiento y de mantenerse al margen de los grupos formaban parte de patrones de atribución de significados sostenidos social y relacionalmente (Pacheco y Botella, 2000). Se accedió a sus narrativas de identidad mediante el uso de técnicas narrativas como la autocaracterización (Kelly, 1955; 1991), la conversación externalizadora y el uso de metáforas (White y Epston, 1990). Marta se describía siempre como un bicho raro y solitario y no se sentía valorada. Buscaba la forma de destacar y conseguir que alguien se fijara en ella pero no lo conseguía ni tan solo con su elevado nivel de exigencia que la llevaba a obtener unas notas excelentes, ni con sus novelas, etc.

Como personajes principales en sus narrativas aparecían ella, sus padres, sus compañeros de clase (especialmente Cristina, una compañera que le hacía la vida imposible) y de vez en cuando sus profesores y su primo mayor, los únicos por los que no se sentía ignorada y su terapeuta.

Tal y como construía sus narrativas, solo aparecían las experiencias negativas. En cuanto a las positivas, aparecían en pocas ocasiones y solía quitarles mucha importancia. Siempre las atribuía a factores externos como suerte, azar o casualidad.

Acostumbrada a conversar desde la voz de la tristeza y la rabia, fuimos centrándonos en las excepciones al problema y en las soluciones que íbamos negociando entre todos. Se aprovechó la creatividad literaria de la cliente para potenciar el surgimiento de otras voces más adaptativas también presentes en ella.

De esta forma su motivación por el cambio fue aumentando y la familia estaba cada vez más implicada. Poco a poco Marta fue incrementando su autoestima y se atrevía a generalizar sus progresos y cambios a más situaciones. Se sentía más segura y cada vez más valorada, esto le permitía acercarse otra vez a sus padres y hermana de forma más afectuosa. Podía dar y recibir afecto de nuevo. Su malestar podía ser disminuido por la Marta menos exigente y perfeccionista, por la que quiere y se deja querer tal y como es, la que es creativa y no se avergüenza.

Mediante las sesiones conjuntas, toda la familia empezó a poner en práctica otras formas de narrar la historia que daba forma a sus vidas y a sus relaciones, teniendo en cuenta la voz de Marta y por supuesto, la de los demás. Marta fue dejando de sentirse ignorada y empezó a sentir que se la tenía en cuenta para determinadas decisiones y los padres sintieron que la relación dejaba de ser de confrontación continua para pasar a ser cada vez de más colaboración.

En este artículo se presenta un estudio de caso de depresión infantil que fue abordado desde una perspectiva constructivista narrativa. El trabajo se estructura de la siguiente forma: en primer lugar se contextualiza el caso y el método, en segundo lugar se describe la cliente, en tercer lugar se presenta el marco conceptual que guía la intervención de la terapeuta, en cuarto lugar se evalúan los problemas y las metas de la cliente y sus padres, en quinto lugar se formula un plan de tratamiento, a continuación se describe el curso de la terapia y finalmente se realiza una evaluación del resultado.

Palabras clave: depresión infantil, terapia narrativa, terapia constructivista, estudio de caso.

Referencias bibliográficas:

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Mason.
- BORDIN, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy: theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- BOTELLA, L. (1995). Personal construct psychology, constructivism, and postmodern thought. A R.A. Neimeyer i G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 3) (3-36). Greenwich, CN: Jai Press.
- CASTELLVÍ, P. (2001). *Psicologia del desenvolupament*. Barcelona: Editorial Pòrtic. Biblioteca Universitària.
- COMBRINCK-GRAHAM, L. (Ed) (2006). *Children in Family Contexts. Perspectives on treatment*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- DEL BARRIO, V. (1997). *Depresión Infantil*. Madrid: Ariel.
- DÍAZ, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *CIPRA Círculo de*

- Psicoterapia Constructivista*. <http://www.cipra.cl>
- FEIXAS, G. & VILLEGAS, M. (1990). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FRANSELLA, F. (1995). *George Kelly. Key Figures in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- GONÇALVES, O.F. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia Breve*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- GUIDANO, V.F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. Guilford: New York.
- HOROWITZ, MARMAR, WEISS, DEWITT & ROSE. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs (vols. 1 y 2)*. London: Routledge.
- KLEINKE, C.L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- LUBORSKY, L., BARBER, J.P. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- MAHONEY, M.J. (1988). Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human Change Processes*. New York: Basic Books.
- MÉNDEZ, F.X., (2007). *El niño que no sonrte. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- NEIMEYER, R. (1995). Constructivist Psychotherapies: Features, Foundations and Future Directions. En R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney. *Constructivism in Psychotherapy* (pp.11-38). Washington: American Psychological Association.
- NEIMEYER, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- PACHECO, M. (2007). Intervencions psicoterapèutiques en la infància. En G. Feixas (Ed.), *Teràpies psicològiques*. Barcelona: Editorial UOC.
- PACHECO, M. & BOTELLA, L. (2000). El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos. *Revista de Psicoterapia*, 44, 5- 26.
- PENNERBAKER, 1990. *Opening up: the healing power of confiding in other*. New York: William Morrow.
- PIAGET (1986). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Ariel.
- RAVENETTE, T. (2002). *El constructivismo en la psicología educativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer, Biblioteca de psicología.
- RENNIE, D.L. (1994). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy*, 31, 234-243.
- SAFRAN, J.D. & MURAN, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- SELEKMAN, M. D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- SUTTON-SMITH, B. (1986). Children's fiction making. En T.R. Sarbin (Ed.), *Narrative Psychology*. Nueva York: Norton.
- WADDELL, M. (1998). *Comprendiendo a tu hijo de 12-14 años*. Barcelona: Paidós.
- WHITE, M. & EPSTON, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

INDICE GENERAL AÑO 2007

Nº 69 NUEVOS RETOS Y APORTACIONES

CONVERGENCIA DE LA PSICOTERAPIA Y LA PSICOFARMACOLOGÍA: EL USO DE PROGRAMAS PARA LA ADMINISTRACIÓN CONDUCTUAL DE LA MEDICACIÓN.

Mark Muse

CUESTIONES PROFESIONALES EN LA PSICOFARMACOTERAPIA PARA PSICÓLOGOS

Robert E. McGrath, Morgan T. Sammons, Anita Brown, Jack G. Wiggins, Ronald F. Levant y Wendy Stock

GESTIÓN DE RECURSOS: COMENTARIOS SOBRE FARMACOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

J. C. Norcross

LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE: UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA LOS CONTEXTOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA

Juan José Ruiz y Ursula Oberst

DIFERENCIACIÓN DE ESPACIO EN LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL

Frans Depestele

ESTAS VIEJAS LOCAS: ENVEJECER GAY EN EL BUENOS AIRES CONTEMPORÁNEO, UNA EXPERIENCIA GRUPAL

Pablo Gagliesi

Nº 70/71 PSICOTERAPIA TRANSCULTURAL EN LA INMIGRACIÓN

PSICOTERAPIA DESDE LA TRANSCULTURALIDAD Y LA MIGRACIÓN

Wen-Shing Tseng

APRENDIZAJES SOBRE PSICOTERAPIA TRANSCULTURAL, OBTENIDOS DESDE LA ASOCIACIÓN OASIS DE AYUDA PSICOLÓGICA AL INMIGRANTE

Ana Gimeno-Bayón Cobos

LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON INMIGRANTES Y OTROS GRUPOS CON ESTRÉS CRÓNICO Y EXCLUSIÓN SOCIAL: LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EXTENDIDA O AMPLIADA

Joseba Achotegui

EL PSICOTERAPEUTA ANTE EL RETO DE UNA SOCIEDAD CON CRECIENTE PLURALISMO Y DIVERSIDAD CULTURAL

Ramón Rosal

TERAPIA CULTURALMENTE SENSIBLE: UN ACERCAMIENTO ANTROPOLÓGICO

A. Gailly

GRUPOS DE MADRES EXTRANJERAS EN LA MIGRACIÓN

Lia Chinosi

Nº 72 APEGO Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

EL APEGO Y LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE: EL IMPACTO DE LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS DE APEGO

Samantha K. Shaw y Rudi Dallos

APEGO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA: SU RELACIÓN CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

Francisco Sanchis Cordellat y Lluís Botella García del Cid

APEGO E HIPERACTIVIDAD: UN ESTUDIO EXPLORATORIO DEL VÍNCULO MADRE-HIJO

Manuela García Quiroga y Margarita Ibáñez Fanes

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL MEDIANTE EL FOMENTO DEL OPTIMISMO

Óscar Sánchez Hernández y Xavier Méndez Carrillo

INTERVENCIÓN CONSTRUCTIVISTA NARRATIVA EN UN CASO DE TRASTORNO AFECTIVO INFANTIL

Sandra Ger Cabero y Laia Belles Busqueta

REVISTA DE PSICOTERAPIA

La **REVISTA DE PSICOTERAPIA** es una revista internacional, escrita en castellano, con la colaboración de algunas de las plumas nacionales e internacionales de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia, que lleva publicados ya 59 números desde su aparición en el año 1990. Una revista abierta a los planteamientos más actuales de la psicoterapia y receptiva con los más tradicionales.

Una publicación de carácter monográfico y de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría, la psicología y demás trabajadores o estudiosos del ámbito de la salud mental.

Datos técnicos

Edita: Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista S. L.

Director: Manuel Villegas Besora

Consejo de Dirección: Lluís Botella García Del Cid, Lluís Casado Esquiús, Ana Gimeno-Bayon Cobos, Mar Gómez, Ursula Oberts, Leonor Pantinat Giné, Ramon Rosal Cortes.

Consejo Editorial: Alejandro Avila Espada, Cristina Botella Arbona, Isabel Caro Gabalda, Guillem Feixas I Viaplana, Juan Luis Linares, Giovanni Liotti, Francesco Mancini, Jose Luis Martorell Ypiens, Mayte Miro Barrachina, Jose Navarro Gongora, Luigi Onnis, Ignacio Preciado, Sandra Sassaroli, Antonio Semerari, Valeria Ugazio.

Coordinación Editorial: Lluís Botella García del Cid

Secretaría de Redacción: Empar Torres Aixalà

CAMPAÑA DE PROMOCIÓN AÑO 2007 MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

A.- Suscripción para el año 2007 (números 69-72): 50 euros. (IVA incluido).

Oferta para los nuevos suscriptores: obsequio de los números del año anterior (números 65-68).

B.- Suscripción al resto de la colección desde principios de 1990 hasta finales de 2007. Oferta por 200 euros. (IVA incluido).

Comprende la suscripción para el año 2007 más el resto de números publicados desde su aparición, excepto los agotados o aquellos que puedan ir agotándose en el transcurso del tiempo.

C.- Números atrasados, anteriores a 1999, según existencias. Oferta 3 euros. (IVA incluido) por ejemplar. (No incluye gastos de envío)

Para información y suscripciones dirigirse a

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
EDITORIAL GRAÓ
C./ Hurtado, 29
08022 BARCELONA
Tel. 934 080 464 - Fax: 933 524 337**

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITORIAL GRAÓ

c./ Hurtado, 29

08022 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com