

Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Facultad de Medicina  
Escuela de Posgrado  
Departamento de Psicología

# **ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE SISTEMAS FAMILIARES CON UN ADOLESCENTE QUE CURSA UN SÍNDROME DEPRESIVO**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto  
Juvenil

**Autor:** Luis Felipe Muñoz Rübke

**Profesor Tutor:** Dr. René Riquelme Vásquez

**Asesora Metodológica:** Ps. Mabel Bórquez González

Santiago, Enero de 2011

*A mis padres, Luis y Alicia,  
por regalarme la oportunidad de vivir.*

*A las familias (y a los adolescentes) que  
participaron desinteresadamente de esta  
investigación.*

## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto tiene una deuda de gratitud con múltiples personas y con la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Aunque resulta imposible mencionar a todos quienes se involucraron, de una u otra manera, a través de una genuina preocupación y/o mediante demostraciones de apoyo, espero nombrar a aquellos que resultaron más significativos para la consecución de este estudio.

Agradecer a mi madre por su soporte, apoyo y cariño permanente, sin los cuales habría resultado imposible desarrollar este trabajo. Igualmente, fue ella quien inculcó en mí un amor incondicional por el aprendizaje y la lectura, situación que siempre reconoceré con afecto. También agradecer a mi abuela Alicia y a mi tío Iván, quienes me impulsaron a seguir adelante a pesar del retraso en el cumplimiento de algunos objetivos y de las frustraciones inherentes a todo procedimiento. Asimismo dar las gracias a mi primo Rodrigo y a Paula, su señora. Ambos han sido cariñosos y preocupados, y me acompañaron el día del examen de grado.

Estoy muy agradecido de René, mi profesor guía, quien me orientó e impulsó a llevar a cabo mi proyecto de investigación de la mejor forma posible. Sin sus consejos e indicaciones habría resultado insostenible finalizar la tesis satisfactoriamente. También nombrar a Mabel, mi profesora metodóloga, para quien sólo tengo palabras de reconocimiento. Sin su constante aliento, especialmente en los momentos en que sentí que nunca daría término a esta tesis, y sin sus orientaciones, no estaría escribiendo estas palabras.

Agradezco la colaboración prestada por Berta Barraza, quien participó activamente en las fases de producción de la información y de articulación de las ideas finales del manuscrito. También quisiera agradecer a mi amigo Carlos Ruckoldt por su asistencia teórico-técnica y por su apoyo emocional a lo largo del proyecto de investigación. De igual forma, agradezco a mis amigos Eduardo, Javiera y Tania la ayuda otorgada durante la fase final de este proceso, así como su constante preocupación por el buen decurso de la tesis. También quisiera reconocer el aliento y apoyo de mi amigo Nicolás, quien no sólo actuó como “Pepe Grillo”, repitiéndome una y otra vez que la tesis era mi prioridad, sino que también me apoyó durante el agotador tramo final mediante videos y frases motivacionales.

Agradecer a Tomás Miño y a Viviana Medina, quienes colaboraron activamente en el contacto de algunas de las familias que participaron de la investigación. También reconocer la ayuda permanente prestada por Dalila Vega, secretaria del Magíster, quien resolvió cada una de mis dudas y siempre tuvo la mejor de las voluntades.

Finalmente, quisiera dar las gracias a la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica del Gobierno de Chile (CONICYT), institución que financió íntegramente mis estudios de Magíster a través de una Beca, y agradecer a todos los amigos y familiares que me acompañaron durante este laborioso proceso, así como a las familias que decidieron compartir sus experiencias en forma desinteresada y valiente.

## INDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>p.7</b>
<b>1.1.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>p.16</b>
<b>2.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>p.23</b>
<b>2.1.</b>	<b>SÍNDROME DEPRESIVO</b>	<b>p.23</b>
<b>2.2.</b>	<b>ADOLESCENCIA</b>	<b>p.27</b>
<b>2.3.</b>	<b>TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS</b>	<b>p.34</b>
<b>2.4.</b>	<b>TEORÍA ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA</b>	<b>p.36</b>
<b>2.4.1.</b>	<b>LA FAMILIA Y SUS SUBSISTEMAS</b>	<b>p.36</b>
<b>2.4.2.</b>	<b>ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA FAMILIAR</b>	<b>p.38</b>
<b>2.5.</b>	<b>CONCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS (DEPRESIVOS) EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA</b>	<b>p.42</b>
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>p.46</b>
<b>4.</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>p.47</b>
<b>4.1.</b>	<b>APROXIMACIÓN METODOLÓGICA</b>	<b>p.47</b>
<b>4.2.</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>p.49</b>
<b>4.3.</b>	<b>FOCOS DE ESTUDIO</b>	<b>p.50</b>
<b>4.4.</b>	<b>PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>p.50</b>
<b>4.5.</b>	<b>TIPO DE MUESTREO</b>	<b>p.56</b>
<b>4.6.</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>p.57</b>
<b>4.7.</b>	<b>PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES</b>	<b>p.59</b>
<b>4.8.</b>	<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>p.68</b>
<b>4.9.</b>	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	<b>p.70</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>p.71</b>
<b>5.1.</b>	<b>RESULTADOS DEL CUESTIONARIO FACES III</b>	<b>p.71</b>
<b>5.2.</b>	<b>ANÁLISIS CATEGORIAL</b>	<b>p.72</b>
<b>5.2.1.</b>	<b>CICLO DEL AISLAMIENTO</b>	<b>p.72</b>

<b>5.2.2. DISYUNCIÓN Y CONFLICTO FAMILIAR</b>	<b>p.81</b>
<b>5.3. SÍNTESIS INTEGRATIVA</b>	<b>p.89</b>
<b>6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</b>	<b>p.91</b>
<b>6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>p.91</b>
<b>6.2. APORTES, LIMITACIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO</b>	<b>p.96</b>
<b>6.3. IMPLICANCIAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO</b>	<b>p.97</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>p.99</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>p.109</b>

## RESUMEN

Los síntomas depresivos, debido a su alta prevalencia y al fuerte deterioro que ocasionan, constituyen un grave problema de salud mental. Chile no es la excepción a la norma y presenta, de hecho, altas tasas de sintomatología depresiva en adolescentes.

La presente investigación se inscribe dentro de la necesidad de conocer y analizar los factores familiares asociados al desarrollo y mantención de dicha formación psicopatológica. Se realizó un análisis estructural de los sistemas familiares de adolescentes que cursan un síndrome depresivo mediante un método de estudio de casos múltiples, basado en los paradigmas de la investigación cualitativa y en los postulados de la Teoría Estructural de la Familia. Del análisis de las entrevistas familiares, individuales y parentales se obtuvieron 2 categorías sobre el funcionamiento del sistema familiar: ‘disyunción y conflicto familiar’ y ‘ciclo del aislamiento’. Se pudo desprender que las familias con miembros adolescentes que cursan un síndrome depresivo presentaban, en todos los casos, un funcionamiento de límites de tipo desligado donde el síntoma colaboraba en el sostenimiento de las pautas transaccionales de desligamiento al mismo tiempo que el desligamiento ocasionaba un mantenimiento del síntoma; y en ciertas oportunidades, una tendencia a presentar una vinculación vertical y jerárquica entre el joven y sus padres y una tendencia a que alguno de los miembros que se encontrara en conflicto con otro intentara generar una coalición con el adolescente.

## 1. INTRODUCCIÓN

La sintomatología asociada a las alteraciones del estado anímico, y en particular la correspondiente a los cuadros depresivos, es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud. De acuerdo a las variables contextuales y al tipo de configuración sintomática establecida, los sujetos ven deteriorado su rendimiento laboral, sufren una exacerbación de los problemas relacionados con enfermedades físicas, experimentan un deterioro de sus relaciones sociales y/o padecen un nivel de dolor subjetivo intenso (Valenzuela & Muñoz, 2006).

Según la *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión* (Ministerio de Salud de Chile, 2008) nos encontramos ante un importante problema de salud pública debido a su frecuencia y a su amplia distribución por el globo terráqueo. No obstante los progresos logrados en el control y tratamiento de una amplia gama de enfermedades físicas, los trastornos mentales parecen experimentar una tendencia al alza, ocasionando parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de la población. La Organización Mundial de la Salud (2009) corrobora estas ideas y postula que la depresión fue “la principal causa de discapacidad según los APD (Años de vida Perdidos por Discapacidad) y el cuarto principal contribuyente a la carga global de enfermedad (AVAD<sup>1</sup>) durante el año 2000. Para el año 2020, se proyecta que la depresión ocupará el segundo lugar en el ranking de AVAD, calculado para todas las edades y en ambos sexos. Actualmente, es la segunda causa de AVAD en la categoría de 15 a 44 años, para ambos sexos combinados<sup>2</sup>” (p. 1).

El *Informe sobre la Salud en el Mundo* (OMS, 2001) señala que “la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina”, y que “el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un período de 12 meses” (OMS, 2001, p. 30). A nivel nacional, Araya, Rojas, Fritsch, Acuña & Lewis (2001) encontraron que los episodios depresivos poseen una prevalencia de 1 semana de un 5,5% (8% en mujeres, 2,7% en

---

<sup>1</sup> Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad: Es la suma de los potenciales años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos a causa de la discapacidad.

<sup>2</sup> Depression is the leading cause of disability as measured by YLDs (Years Lived with Disability) and the 4th leading contributor to the global burden of disease (DALYs) in 2000. By the year 2020, depression is projected to reach 2nd place of the ranking of DALYs (Disability Adjusted Life Years) calculated for all ages, both sexes. Today, depression is already the 2nd cause of DALYs in the age category 15-44 years for both sexes combined.

hombres) en base a criterios CIE-10, al estimar la prevalencia de los síntomas neuróticos y de los diagnósticos psiquiátricos más comunes en los habitantes de Santiago ubicados en el rango 15-64 años. Una segunda investigación, realizada por Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn & Torres (2002), en un estudio de prevalencia de patologías psiquiátricas diseñado para representar a la población adulta de Chile, la cual recogió datos de las provincias de Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, expone que los trastornos con mayor prevalencia de vida, en base a criterios DSM III-R, son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9%), la distimia (8%) y la dependencia de alcohol (6,4%). Al evaluar la prevalencia de 6 meses, los datos vuelven a situar en primer lugar a la agorafobia (5,1%), seguido por el trastorno depresivo mayor (4,6%), la dependencia de alcohol (4,3%) y la distimia (3,2%).

A partir de la Segunda Guerra Mundial la prevalencia de los trastornos depresivos se ha incrementado de modo significativo. Aunque puede expresarse en cualquier momento del ciclo vital, su aparición es cada vez más temprana, de modo que en la actualidad su inicio se ubica entre los comienzos de la adolescencia y los 39 años de edad (Valenzuela & Muñoz, 2006). De acuerdo a Larraguibel (2006), cada generación, a partir de 1940, presenta un riesgo mayor de desarrollar un trastorno depresivo, siendo factible reconocer dicha psicopatología a edades muy tempranas. Un documento de la OMS (2003), denominado *Caring for children and adolescents with mental disorders*, sitúa a la depresión y a los actos suicidas asociados a esta condición psicopatológica dentro de los problemas prioritarios que afectan a niños y adolescentes, señalando que la asociación entre la depresión y el abuso de sustancias los posiciona en un alto riesgo de suicidio.

Los perjuicios ocasionados por esta alteración anímica se incrementan cuando se valora la asociación con otras dificultades, entre las cuales se incluyen la ingesta de sustancias, el suicidio, el embarazo adolescente, la reducción de la creatividad, de la productividad y del rendimiento escolar. Los adolescentes deprimidos presentan un mayor riesgo, respecto a sus pares que no ostentan sintomatología depresiva, de abusar del alcohol y de las drogas, de tener un rendimiento académico bajo, de ser suspendidos o expulsados del sistema educacional y de convertirse en padres a temprana edad (Valenzuela & Muñoz, 2006). Las consecuencias negativas de un episodio depresivo durante la infancia o adolescencia pueden ser aún mayores si se piensa que, en conjunto con el fuerte deterioro que puede generar sobre el funcionamiento del sujeto, aumenta de modo significativo la probabilidad de



volver a experimentar dicha clase de episodios durante la vida adulta (Valenzuela & Muñoz, 2006).

La prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre el 4% y el 8% en la población adolescente, existiendo una proporción de 1:2 entre hombres y mujeres. La incidencia acumulada a la edad de 18, en muestras poblacionales, es de alrededor del 20%, no existiendo, aparentemente, diferencias por nivel socioeconómico. Entre el 40% y el 90% de tales jóvenes presenta en comorbilidad otro trastorno psiquiátrico, siendo frecuentes los casos de distimia, trastornos ansiosos, trastornos del comportamiento disruptivo y abuso de sustancias. Por su parte, la prevalencia de distimia en los adolescentes va del 1,6% al 8%. En el 70% de esas situaciones se ha presentado además un trastorno depresivo (depresión doble) y en el 50% de los casos se ha manifestado otro trastorno psiquiátrico con anterioridad, siendo comunes los trastornos ansiosos, trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención, encopresis o enuresis (García, 2003; Larraguibel, 2006).

Cumsille & Martínez (1997) realizaron, con el propósito de conocer la sintomatología depresiva exteriorizada por la población adolescente, un estudio en dos colegios del área sur de Santiago. Para dicho propósito utilizaron una batería de cuestionarios de autorreporte, consistente en una versión modificada del Inventario de Depresión de Beck (BDI). El puntaje obtenido en la muestra fue de  $15,61 \pm 9,8$ , lo cual de acuerdo a un puntaje de corte de 15, como límite que permite discriminar entre la presencia o ausencia de depresión, posiciona al 44% de la muestra dentro de la categoría de episodio depresivo mayor (51,2% en mujeres; 36% en hombres). Utilizando un puntaje de corte de 20, más conservador y conforme a las sugerencias de Beck, un 32,2% de la muestra (37% en mujeres; 26% en hombres) se ubicaría dentro de tal categoría. De entre los diversos componentes del BDI, los adolescentes mostraron una tendencia a tener dificultades para tomar decisiones (32,2% de la muestra), culparse continuamente (25,9%), escasas o ningunas esperanzas en el futuro (sobre el 21%) y pérdida de interés o aburrimiento (sobre el 19%). Los autores concluyen que los adolescentes de la muestra presentaron altos niveles de síntomas depresivos, lo cual se hace más evidente cuando se contrastan estos resultados con los obtenidos en los Estados Unidos en muestras de clase equivalente.

En miras a estimar la prevalencia de síntomas y síndromes depresivos y ansiosos en una muestra de adolescentes de la ciudad de Concepción, se desarrolló un estudio con 746

estudiantes de enseñanza media (374 mujeres y 372 varones), con una edad promedio de 16,08 (Cova, Melipillán, Valdivia, Bravo & Valenzuela, 2007). Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI27). La puntuación promedio obtenida fue de 16,2, con una desviación estándar de 11, arrojando dígitos más altos que en otros países, consiguiéndose las mayores puntuaciones en los ítemes relacionados con cambios en el patrón de sueño, dificultad de concentración, autocríticas y cambios en el apetito. Basados en los valores de corte sugeridos por Beck, se puede señalar que un 32,6% de los adolescentes de la muestra presenta sintomatología depresiva de tipo moderada o severa, mientras que el 42,3% reporta síntomas ansiosos de severidad similar. Además, los resultados de esta investigación indican que la sintomatología ansiosa y depresiva se manifiesta en mayor medida en mujeres, y que existe un incremento de aquella en el subgrupo 17-19 años al compararse con el subgrupo 14-16, lo cual sería concordante con datos obtenidos en otros estudios.

Cova, Rincón, Valdivia & Melipillán (2008), en una investigación intitulada *Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino*, buscaron cuantificar la prevalencia de último mes y último año de depresión mayor y distimia en mujeres de primer año de enseñanza media de la ciudad de Concepción, mediante una entrevista digitalizada (NIMH-DISC-IV) que posibilitó la obtención de diagnósticos orientados según criterios DSM-IV. Un 9,3% del grupo estudiado vivenció un episodio depresivo mayor durante el último año, mientras que un 5,2% lo presentó a lo largo del último mes. En todos los casos, los síntomas depresivos se asociaron a una significación clínica, entendiéndose por aquella a la presencia de malestar o impedimento intermedio o severo en al menos una de las siguientes áreas de funcionamiento: distrés atribuible a los síntomas, relaciones con cuidadores o familiares, participación en actividades familiares y con amigos, adaptación escolar y relaciones con profesores. La prevalencia del cuadro distímico ascendió a 1,2%, apareciendo en todas las oportunidades una significación clínica. La exclusión de los casos de depresión doble, donde concurren un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico, debido a que los algoritmos usados en el NIMH-DISC-IV excluyen dicha posibilidad, pueden haber acentuado la baja en las tasas de distimia. Por último, la prevalencia del trastorno depresivo mayor subumbral fue de 11,6%, mientras el trastorno distímico subumbral alcanzó el 8,5%. Cova et al. (2008) concluyen que a pesar de las dificultades que existen para hacer comparaciones, y de las limitaciones que puede poseer el

estudio, los porcentajes de prevalencia observados en la muestra tendieron a ser mayores que los descritos en otras sociedades.

Diversas son las teorías que han intentado develar las variables relacionadas con el surgimiento y mantención de esta alteración del estado de ánimo. Se han propuesto causas de orden genético, bioquímico, neuroendocrinológico, neurofisiológico y neuroanatómico. Se ha señalado, igualmente, la posible influencia de traumas vitales tempranos, de acontecimientos de vida específicos y de factores tales como el funcionamiento familiar y el nivel de soporte social (Vallejo, 2002; Larraguibel, 2006).

A pesar que “muchos estudios muestran que existe una correlación entre la depresión y el mal funcionamiento de la familia” (García, 2003, p. 372) y no obstante se ha otorgado cierto reconocimiento a las variables de índole familiar, para quienes han sido educados en la cultura occidental resulta difícil analizar los fenómenos más allá del nivel individual. Una preferencia tanto ética como estética ayuda a sostener la predilección por la autodeterminación de la persona aislada (Minuchin & Fishman, 2004). Dicha conceptualización posiciona a la mente y a sus producciones dentro del terreno del sujeto apartado, instancia en que el individuo no es visto en un proceso de interacción recíproca con su medio, sino que es considerado como actuando sobre él.

En su intento por explicar que en todo sistema que manifieste características mentales no puede existir una parte que posea control unilateral sobre la totalidad, Bateson (1998) expondrá la siguiente metáfora: “Consideremos un hombre que derriba un árbol con un hacha. Cada golpe de hacha es modificado o corregido, de acuerdo con la figura de la cara cortada del árbol que ha dejado el golpe anterior. Este proceso autocorrectivo (es decir, mental) es llevado a cabo por un sistema total, árbol-ojos-cerebro-músculo-hacha-golpe-árbol, y este sistema total es el que tiene características de mente inmanente” (p. 347). Bateson (1998) agrega que el pensamiento occidental clásico se muestra renuente a concebir de dicha manera la secuencia de acontecimientos presente en una secuencia como esta, tendiendo a comprender tal suceso como acción de “un agente delimitado, el ‘sí-mismo’, que ejecutó una acción delimitada y teleológica sobre un objeto delimitado” (p. 348).

Si se establece una línea divisoria artificial entre el sujeto y su contexto social, apartando el proceso de interacción recíproca existente entre un individuo y su medio, resulta

prácticamente inevitable posicionar las producciones mentales cotidianas, así como las producciones mentales patológicas, en el interior del primero. Esta idea, difundida ampliamente no sólo entre la población no especializada en el ámbito de la salud mental, sino también entre los profesionales, ha llevado a visualizar a los individuos como el asiento de la patología (Minuchin, 1986). Las manifestaciones psicopatológicas se convierten en cualidades inamovibles y adheridas al sujeto, y la producción de los rótulos ‘depresivo’, ‘ansioso’, ‘agresivo’, ‘paranoide’, por citar algunos ejemplos, pueden estimarse una consecuencia lógica de dicha perspectiva. Si bien esta clase de etiquetas pueden surgir ante la pretensión de resumir una condición (conducta, emoción y/o pensamiento) vivenciada por una persona, terminan convirtiendo una expresión psicopatológica situada en un espacio y tiempo determinado en una cualidad propia del individuo. Aquel parece continuar exhibiéndola sin importar mayormente las circunstancias en que se halle. En contraste, al disiparse la frontera artificial que divide al sujeto de sus circunstancias y al ser concebidos los fenómenos mentales como extra e intracerebrales, “el hecho de situar a la patología en la mente del individuo no indica si se lo hace dentro o fuera de la persona” (Minuchin, 1986, p. 30). Así, es posible examinar las formaciones psicopatológicas, incluidos los síntomas depresivos, desde su ubicación en el interior del individuo, en el contexto social que lo rodea o en el feedback establecido entre ambos.

Minuchin (1986) hace referencia al libro de Lewis Carroll, “Las aventuras de Alicia en el país de las maravillas”, y señala que la sensación de crecimiento experimentada por la protagonista responde a la falta de incremento concurrente por parte de la habitación en que se encuentra. Sólo un cambio unilateral, de Alicia o de la habitación, ocasionará una modificación en su experiencia, mientras que una variación a un ritmo similar generará, probablemente, que sus sensaciones sean similares a las que tenía antes de la ocurrencia de las variaciones. De modo análogo, podrá decirse que la aparición de psicopatología, entre la cual se incluye el espectro depresivo, se vinculará a modificaciones vivenciadas por el individuo, no asimiladas ni incorporadas a un ritmo adecuado por el contexto en que se ubica, o a modificaciones vivenciadas principalmente por el entorno, no asimiladas ni incorporadas por el individuo.

Por ejemplo, las transformaciones que un individuo experimenta como consecuencia de los factores del desarrollo, tal cual sucede en la fase de transición de la infancia a la adolescencia, pueden ser valoradas y manejadas de manera adaptativa o desadaptativa por el

medio en que se inscriben sus conductas. Si son tratadas de forma adaptativa, la fase inicial de desequilibrio que se habrá introducido en el sistema debido a las modificaciones corporales y mentales sufridas por uno de sus miembros, y que impulsará a la generación de unos modos de interactuar que se adapten a estas nuevas circunstancias, será seguida por una fase de equilibrio, donde el sistema habrá asimilado las modificaciones. Así, a pesar del cambio vivenciado por el individuo, y gracias a un desarrollo concurrente por parte del sistema, las cosas seguirán funcionando relativamente igual. En el caso contrario, donde el contexto no es capaz de renegociar y reacomodar sus pautas a las nuevas circunstancias, se generará una discrepancia entre los intereses del sujeto y los intereses del medio. La diferencia se acentuará por la incapacidad del contexto para responder a las demandas y necesidades establecidas por los nuevos acontecimientos.

Otro ejemplo. Aun cuando la sintomatología depresiva fuese explicada principalmente por variables genéticas o fuera atribuida a condiciones internas del sujeto por parte de un evaluador, el curso de las diferencias presentadas por el individuo respecto a su estado previo se verá influido por las acciones que, a modo de respuesta, broten desde el contexto social. El grupo familiar tendrá la posibilidad de entender la problemática desde diversas aristas, comprensión que orientará las alternativas de solución. La pertinencia de las alternativas de solución dependerá del modo en que el individuo y su medio, evalúen y se adapten a las modificaciones sufridas. También podría suceder que la sintomatología depresiva surgiera como consecuencia de un cambio en el contexto social del individuo. La persona, al presentar ciertas dificultades para acomodarse y asimilar las variaciones, podría sufrir cierto grado de desajuste conductual, emocional y/o cognitivo. En otras palabras, la habitación crecería a un ritmo más acelerado que el sujeto. Ejemplos de esta situación pueden presentarse frente al nacimiento de un nuevo miembro familiar, un traslado de hogar, problemas socio-económicos que afecten la estabilidad económica del grupo familiar, etc.

Si consideramos que la mente se desarrolla a partir de los diversos aprendizajes efectuados por la mente-cuerpo, en base a las estimulaciones internas y externas que experimenta, podremos decir que la información, actitudes y formas de percibir que se van creando durante este proceso, conforman parte del estilo de acercamiento de un sujeto a los contextos de los que comúnmente participa (Minuchin, 1986). Dentro de esta secuencia de hechos, la familia constituye un factor de suma importancia por ser el “grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y el

exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. En muchos casos, se la puede considerar como la parte extracerebral de la mente” (Minuchin, 1986, p. 27).

A través de la historia, el ser humano ha sobrevivido gracias a su participación en grupos. Dentro de la variedad de agrupamientos sociales florecidos durante el proceso de desarrollo y complejización de las sociedades, la familia ha ocupado un lugar privilegiado. Puede ser entendida como un grupo social fundamental y primario, en el cual suele existir un nexo matrimonial (puede haber escenarios donde el vínculo de la pareja no se haya formalizado mediante un matrimonio civil, mas haya existido la finalidad de vivir juntos, procrear y auxiliarse mutuamente), sanguíneo o de adopción entre sus miembros. Comúnmente hay entre ellos una historia de vinculación y convivencia bajo un suelo común, lo cual ha favorecido la formación de una serie de pautas de interacción a lo largo del tiempo. La familia posee como función fundamental la protección psicosocial de sus miembros y la transmisión de los elementos culturales a cada uno de ellos. Además, al mismo tiempo que debe apoyar el proceso de individuación de sus elementos, busca otorgar un sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1986; Minuchin & Fishman, 2004).

Dado que la familia ocupa una importante posición dentro del contexto social de un individuo, y considerando que tanto los procesos de desarrollo normal de un sujeto como la aparición de posibles formaciones psicopatológicas deben ser analizadas a la luz de las interacciones que establece con su medio, estudiar las características de los sistemas familiares puede ayudar a una mayor comprensión de ciertos dilemas o problemáticas humanas, así como a la generación de estrategias de intervención que respondan a las inquietudes surgidas a partir de esos modelos comprensivos. Desde el núcleo teórico-práctico de la psicología clínica, tanto las terapias de condicionamiento, basadas en técnicas de modificación conductual que siguen los principios de las teorías del aprendizaje, como la escuela psicoanalítica, consideran que se establece una unidad entre un único individuo y la dificultad manifestada (Haley, 1988). Para tales perspectivas el principal foco de trabajo terapéutico recae sobre aquella unidad. Por el contrario, una perspectiva familiar no se basa en el supuesto de que el individuo constituye una unidad con el problema, sino que supone que la dificultad cumple una función común al interior de la familia. A menos que dicha condición familiar sea modificada, el sujeto no mostrará un cambio perdurable.

Minuchin (1986) indicará que debe considerarse al paciente identificado, es decir, a quien manifiesta los síntomas, “como el miembro de la familia que expresa, del modo más visible, un problema que afecta al sistema en su totalidad” (p. 192). Rosman (1988) profundizará en este argumento al puntuar que, si bien la concepción que visualiza a un individuo como parte de un sistema dinámico y a un síntoma como un hecho interpersonal formado en base a las demandas de ese sistema no sólo se aplica en las situaciones donde un niño o adolescente es el paciente identificado, “los hijos son, bajo condiciones naturales y no sólo debido a la patología, los miembros más fundamentales de sus sistemas familiares comparado con su participación en otros sistemas, a los que se van incorporando gradualmente a medida que crecen y por lo tanto están más influidos por la naturaleza de ese contexto” (p. 242). Así, es una consecuencia lógica de esta concepción de la psicopatología estimar que la familia, en su totalidad, debe ser el blanco de las intervenciones terapéuticas, situación que es todavía más clara cuando un niño o un adolescente es el paciente identificado (Minuchin, 1986; Rosman, 1988; Whitaker, 1991).

A modo de síntesis, si se evalúa la alta prevalencia de los síntomas depresivos en la población adolescente chilena y los efectos perniciosos que estos pueden tener para su calidad de vida a la luz de una perspectiva familiar sistémica de la psicopatología, donde la mente es tanto intra como extracerebral y el individuo está en continua interacción con su contexto, se abre un camino exploratorio hacia el efecto de las variables contextuales familiares en la comprensión, generación, mantención y persistencia de estas formaciones psicopatológicas. Inclusive, más allá que la sintomatología depresiva pueda ser visualizada como una formación interna del individuo, como una creación desprendida del feedback establecido con su medio o como una respuesta a las dinámicas propias del ambiente al que pertenece, resultará indispensable conocer los modos en que el sujeto y su familia han contribuido en la identificación, entendimiento, formulación y abordaje del problema.

Tomando como fundamento lo previamente postulado, se proponen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las características comunes, en términos de su estructura, de las familias con un miembro adolescente que presenta un síndrome depresivo? ¿Cuál es la secuencia de interacciones o pauta transaccional que suele establecerse entre el adolescente y otros miembros de su familia, y que suele jugar un rol en la existencia del síndrome depresivo? ¿Cuál es la funcionalidad que poseen los síntomas depresivos en el interior del sistema familiar?

## 1.1. JUSTIFICACIÓN

Múltiples estudios han pretendido identificar el papel de los factores familiares en la generación y mantenimiento de la depresión adolescente. De acuerdo a Restifo & Bögels (2009), un amplio cuerpo de investigaciones ha aclarado que el desarrollo y mantenimiento de estos síntomas y trastornos en la población infanto-juvenil está asociado a la calidad de las relaciones familiares, de las relaciones parento-filiales y del vínculo marital. Las evidencias proceden de diversos estilos de investigación, habiéndose empleado diferentes tipos de metodologías y examinado variados ámbitos del contexto.

Siguiendo el modelo ecológico sistémico (Bronfenbrenner, 1986), según el cual resulta factible establecer diferentes niveles de análisis en el abordaje de un fenómeno (nivel individual, diádico, triádico, familiar, comunitario, cultural, etc.), Restifo & Bögels (2009) ordenan la literatura y dividen las variables supuestamente implicadas en el desarrollo y mantenimiento de la depresión adolescente en 5 niveles:

1. Nivel del Subsistema Individual
2. Nivel del Subsistema Parento-Filial
3. Nivel del Subsistema Marital
4. Nivel del Subsistema Familiar en su Totalidad
5. Nivel del Subsistema Extrafamiliar

Al agrupar de esta manera la información, buscan distanciarse de aquellos modelos que han formulado relaciones causales entre propiedades familiares específicas y la depresión adolescente, generando una comprensión que permite el posicionamiento de cada factor al interior de uno o más niveles de acción. En paralelo, posibilita el establecimiento de las rutas por las cuales estos agentes pueden interactuar entre sí, aumentando las probabilidades de incubar tal alteración anímica.

1. En el Nivel Individual se incluyen las particularidades del adolescente y de cada uno de sus progenitores. Referente a las características del primero, se ha establecido la influencia de factores genéticos, biológicos y temperamentales en el desarrollo de síntomas y cuadros depresivos. Igualmente, se ha descrito la injerencia de variables como el estilo cognitivo, la



personalidad y la autoimagen. En la formación de un cuadro depresivo suelen confluír tanto una predisposición genética como una condición ambiental desfavorable, debido a que los distintos grados de vulnerabilidad genética requieren de la presencia de factores estresantes en miras a lograr su máximo nivel de expresión. Más allá de estas diferenciaciones, Restifo & Bögels (2009) destacan que todas las variables, sin importar su procedencia o nivel de acción, deben ser examinadas a la luz del estadio de desarrollo del niño o adolescente, por cuanto esta condición puede modificar los modos en que éstas interactúan entre sí.

Alloy, Abramson, Smith, Gibb & Neeren (2006) plantean que un modo inadecuado de educación por parte de los padres (negative parenting) favorece el desarrollo de un estilo cognitivo negativo en el adolescente, aspecto que a su vez conforma un factor de riesgo individual para la aparición de depresión. Sheeber, Hops & Davis (2001) respaldan esta idea indicando que la formación del estilo cognitivo en los niños y adolescentes depende en buena parte de las conductas que sus padres tienen hacia ellos, hallándose vinculadas la cualidad afectiva de la relación paterna con la aparición de cogniciones depresivas (depressogenic cognitions). Un estilo cognitivo de estas características propugnaría una tendencia a evaluar de modo nefasto las relaciones intrafamiliares, situación que crearía una espiral de retroalimentación negativa, dificultándose la desaparición de los síntomas (Restifo & Bögels, 2009).

La presencia de psicopatología, el estilo cognitivo y el tipo de personalidad de los padres puede igualmente influir sobre la generación de síntomas depresivos en sus hijos (Goodman & Gotlib, 1999). Los hijos de padres depresivos poseen un alto de riesgo de manifestar trastornos ansiosos y depresivos mayores durante la infancia. A lo largo de la adolescencia tienen un mayor riesgo de exhibir una depresión mayor y una dependencia al alcohol, mientras que durante la adultez joven el riesgo se enfoca tanto en la dependencia de alcohol como en el deterioro de las relaciones sociales (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau & Olfson, 1997). El efecto de la depresión paterna también ha sido evaluado desde una perspectiva trigeracional, encontrándose que los individuos con padres y abuelos depresivos ostentan un mayor riesgo de desarrollar psicopatología que los sujetos que únicamente poseen padres depresivos (Restifo & Bögels, 2009).

2. Aspectos de la vinculación entre padres e hijos, pertenecientes al Nivel Parento-Filial, como el tipo de apego, el grado de preocupación, control, apoyo y conflicto predicen

incrementos en la sintomatología depresiva. Están ligados a la primera eclosión de un trastorno depresivo mayor, al asentamiento y a la cronicidad del mismo, a la dificultad de recuperarse y a la emersión de continuas recaídas. No obstante, en opinión de Restifo & Bögels (2009), si bien las variables concernientes a este nivel han demostrado su trabazón con el uso de sustancias, la ansiedad y la manifestación de alteraciones conductuales, no existe la certidumbre suficiente sobre su vinculación específica con la depresión.

La evidencia científica disponible no apoya una relación causal entre el estilo de apego infantil y el surgimiento de depresión en la adolescencia. Sin embargo, se ha verificado que el tipo de apego infantil, en combinación con determinadas cualidades del ambiente, constituye un factor de protección o un factor de riesgo para la aparición de esta alteración del ánimo. Por otra parte, si bien algunos estudios (Essau, 2004) han dado cuenta de la preponderancia del estilo de apego auto reportado por adolescentes, no se ha controlado la posible interferencia de las actuales relaciones parento-filiales ni se ha apreciado el modo en que el filtro atribucional negativo, propio de los cuadros depresivos, interviene sobre las percepciones y evaluaciones de los sucesos.

Para Alloy et al. (2006), la aparición de síntomas depresivos en niños y adolescentes se relaciona con un estilo de educación parental (denominado estilo parental desprovisto de afectos) caracterizado por un bajo grado de preocupación/cuidado de las necesidades y un alto nivel de control psicológico, el cual implica asumir una posición sobreprotectora basada en la inducción de culpa y amenazas de retirada del cariño. Según estos autores, la variable “baja preocupación/cuidado” es quien ha recibido mayor sustento por parte de las investigaciones.

3. Respecto al Nivel Marital, se ha observado que la discordia conyugal está asociada con problemas de agresión, conducta, deterioro de las habilidades sociales y complicaciones en la vinculación con pares por parte de los hijos. Es probable que las relaciones parento-filiales, asimismo, se vean afectadas. A pesar que el divorcio constituye un elemento estresante, al afectar el funcionamiento del sistema familiar, aparenta ser un componente de menor relevancia que las desavenencias y discrepancias manifestadas por la pareja (Emery, 1982; Hudson, 2005).

El conflicto marital parece jugar un papel en el estallido de problemas internalizados (alteraciones y trastornos de la esfera emocional) y externalizados (alteraciones y trastornos

de la esfera conductual). Niveles de conflicto elevado han sido encontrados en las familias con hijos y padres depresivos, lo cual ha llevado a conjeturar el rol de dicho factor en la transmisión de psicopatología, incluyendo las formaciones depresivas, de los progenitores hacia sus hijos (Restifo & Bögels, 2009)

4. El Nivel del Sistema Familiar Total, desde la perspectiva de Restifo & Bögels (2009), implica pasar de una consideración individual (Nivel 1) o diádica (Niveles 2 y 3) a una triádica. Con el arribo de la óptica triádica se hace posible examinar las interacciones entre varios subsistemas y revisar las cualidades del sistema familiar íntegro. Igualmente, facilita el estudio de familias que no poseen las singularidades de las familias nucleares, abriéndose el espectro a aquellas organizaciones donde falta un progenitor, se incluye la pareja de uno de los padres o el adolescente se encuentra bajo el cuidado de miembros de su familia extensa, por citar algunos ejemplos.

Stark, Humphrey, Crook & Lewis (1990) reportaron que al comparar 4 muestras, compuestas por niños depresivos, ansiosos, depresivos/ansiosos y carentes de síntomas, aquellos que exhibían psicopatología percibían sus ambientes familiares como más conflictivos, más enmarañados, menos sostenedores, menos involucrados en actividades recreacionales externas al hogar y menos envueltos en los procesos de toma de decisiones que quienes pertenecían al grupo control. Bernstein, Warren, Massie & Thuras (1999) al evaluar los sistemas familiares de adolescentes depresivos/ansiosos encontraron que tanto ellos como los integrantes de sus familias consideraban que presentaban un bajo grado de cohesión y de adaptabilidad a las circunstancias, exhibiendo patrones propios de las familias disgregadas y rígidas. Jacobvitz, Hazen, Curran & Hitchens (2004) estudiaron la manera en que las alteraciones en los límites de sistemas familiares con un niño de 2 años predecían la aparición de síntomas depresivos, ansiosos o inherentes al síndrome de déficit atencional a la edad de 7. Los resultados arrojaron que los patrones disgregados, caracterizados por baja preocupación, baja afectuosidad, pobre contacto ocular o respuesta emocional entre los miembros de la familia, así como los patrones enmarañados, donde un padre suele desautorizar la autoridad del otro, predecían la eclosión de síntomas depresivos en el niño a los 7 años, incluso luego de controlar el efecto de la depresión materna. Se especifican diferencias en las formas de reaccionar en función del sexo, ya que las niñas tienden a desarrollar sintomatología depresiva al ser expuesta a patrones disgregados, mientras que los niños tienden a desarrollar síntomas propios del déficit atencional.

Otras investigaciones han descrito las dinámicas internas de los sistemas familiares con un miembro depresivo, intentando descubrir las vías por cuales promueven o mantienen el desarrollo de dicha condición (Restifo & Bögels, 2009). Un primer modelo ha señalado que las conductas depresivas pueden ser reforzadas al interior de la familia. Sheeber, Hops, Andrews, Alpert & Davis (1998) compararon las estrategias de resolución de problemas de 86 familias con un adolescente deprimido y de 408 familias con un adolescente no deprimido. Hallaron que las madres de los adolescentes deprimidos tendieron, con mayor frecuencia, a presentar conductas facilitadoras como respuesta al comportamiento depresivo de sus hijos, mientras que los padres propendieron a disminuir las respuestas agresivas frente a la misma clase de conducta. De la investigación efectuada por Dadds, Sanders, Morrison & Rebgetz (1992) se desprende la posible funcionalidad que la sintomatología depresiva tendría para el sistema familiar. Al evaluar patrones de interacción familiar encontraron que altos niveles de depresión en niños y adolescentes, de entre 7 y 14 años y que cursaban una depresión únicamente o igualmente un trastorno conductual, estaban asociados con bajos niveles de conflicto e ira en el resto de los miembros familiares.

Un segundo modelo ha sugerido que la intromisión del hijo en los conflictos o problemáticas de los progenitores puede favorecer el desarrollo de síntomas depresivos. Intervenir en las interacciones depresivas o agresivas entre los padres puede traer consecuencias negativas para el adolescente. La intromisión en interacciones paternas agresivas se asocia a la exhibición de conductas agresivas posteriores en el adolescente, mientras que el entrometimiento en interacciones depresivas se vincula con la aparición de conductas depresivas en aquel (Restifo & Bögels, 2009).

5. Finalmente, el Nivel Extrafamiliar comprende los elementos pertenecientes al contexto en que se desarrolla el sistema familiar. Se considera a un componente extrafamiliar como un estresor cuando, de modo circunscrito o crónico, amenaza el bienestar físico y/o psicológico de uno o más miembros. Grant, Compas, Thurm, McMahon & Gipson (2004), quienes revisaron investigaciones existentes sobre la conexión entre estresores y sintomatología infanto-juvenil, plantean que los resultados, en general, sugieren que los estresores predicen cambios en las tasas de síntomas a lo largo del tiempo. A la inversa, los síntomas también predicen cambios en las cantidades de estresores a lo largo del tiempo, con lo cual se genera un fenómeno circular.

Por su parte, Grant, Compas, Thurm, McMahon, Gipson, Campbell, Krochok & Westerholm (2006) indican que existe evidencia suficiente para reconocer el rol moderador que cumplen las relaciones familiares en la asociación entre estresores y síntomas en la población infantil y adolescente. Lo anterior permite comprender la amplia gama de intercambios que pueden establecerse entre los diferentes subsistemas, dejando de lado la aspiración a una comprensión del fenómeno mediante relaciones causales directas y lineales.

Una vez especificados algunos de los principales estudios que, de una u otra forma, se corresponden con la actual investigación, es menester explicitar las novedades incluidas por este proyecto. Primero, la gran mayoría de las investigaciones sobre esta temática se han realizado en Europa y en Estados Unidos, no existiendo un mayor número de publicaciones en América del Sur. Un documento elaborado por Morla, Saad de Janon & Saad (2006), intitulado "*Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*" y publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría, es una de las pocas referencias científicas que explora la vinculación entre el funcionamiento familiar y la depresión adolescente a nivel sudamericano. En dicho escrito se hace hincapié en el rol que tendría la desestructuración familiar en la génesis de los trastornos psiquiátricos durante la adolescencia. Además, se indica que las distintas formas de trastornos depresivos constituyen las patologías más frecuentes (22,9%) dentro de la muestra de adolescentes con familias desestructuradas. En Chile no parecen existir investigaciones que den cuenta de esta problemática. Si bien un artículo de Loubat, Aburto & Vega (2008), denominado "*Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana*", señala que algunos psicólogos clínicos nacionales perciben una alta correlación entre la depresión infantil y los factores ambientales, no existirían estudios en nuestro país que encaren dicha conexión. En consecuencia, la presente investigación es una de las primeras revisiones científicas que abordan la asociación entre las variables de índole familiar y la depresión adolescente con muestra nacional.

Segundo, tal como señalan Rogers & Bögels (2009) y Sheeber et al. (2001) la mayoría de los estudios abocados a esta temática se han desarrollado mediante cuestionarios de auto-reporte de un único miembro (adolescente sintomático), lo cual implica una serie de limitaciones metodológicas. En dichos abordajes, la evaluación de la sintomatología depresiva y del funcionamiento familiar ha dependido de la perspectiva del adolescente y de una única

herramienta de medición, situación que ha ocasionado que ambas variables estén supeditadas a las opiniones de un mismo individuo a través de una sola vía de pesquisa. Por lo demás, desde una óptica sistémico-relacional el criterio del adolescente no refleja necesariamente la condición en que se encuentra el sistema familiar, sino solamente su parecer al respecto. Considerando que las evaluaciones de los distintos miembros de un sistema familiar tendrán divergencias y puntos de encuentro, puede resultar perjudicial asumir el reporte del adolescente, así como de cualquier otro miembro por separado, como una medida fiable del estado de funcionamiento de una familia. Siguiendo las indicaciones de Sheeber et al. (2001), quienes consideran necesario pasar de investigaciones con única fuente y con único método hacia diseños de mayor complejidad, la presente investigación aspiró a recoger varias perspectivas existentes al interior de los sistemas familiares, de modo de generar una representación de su condición mediante el ensamblaje de las múltiples consideraciones de sus miembros.

Tercero, al concentrarse la mirada sobre el sistema familiar, en búsqueda de peculiaridades y características que posibiliten ampliar la comprensión del fenómeno depresivo en los adolescentes, no sólo se propicia un mejor entendimiento y un enriquecimiento del bagaje de conocimientos que en la actualidad se poseen, sino que se abre la posibilidad de estipular puntos de conflicto (o trabajo) que orienten la futura creación de intervenciones terapéuticas.

A modo de síntesis, el actual estudio pretendió examinar la estructura de una serie de sistemas familiares con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, con el objeto de conocer las características comunes entre ellos. Para lograr este fin se valió de entrevistas, de la formación de un diagrama familiar y de la aplicación de la escala FACES III.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 SÍNDROME DEPRESIVO**

Los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo a los sistemas diagnósticos internacionales (DSM-IV y CIE-10), han sido divididos en dos categorías principales: trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico) y trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico). “Las depresiones exclusivamente unipolares constituyen la forma más frecuente de evolución de estos trastornos, constituyendo 2/3 de todas las formas evolutivas” (Heerlein, 2000, p. 328). Los trastornos bipolares donde el sujeto ha vivenciado fases depresivas y elevadas/irritables conforman alrededor del 28% de los casos, mientras que las formas exclusivamente maniacales consisten en el 4% restante (Heerlein, 2000).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) realiza una separación entre trastornos depresivos (unipolares), trastornos bipolares y 2 trastornos del estado de ánimo basados en la etiología (debido a enfermedad médica o inducido por sustancias). Desde esta perspectiva, los trastornos depresivos se dividen en:

- a) **Trastorno Depresivo Mayor:** Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. Cada episodio consiste en un período de al menos 2 semanas en que se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de surgimiento de placer en casi todas las actividades que se efectúan. En los niños y adolescentes, dicho estado anímico puede ser irritable en vez de triste. Además se espera la coexistencia de por lo menos 4 de los siguientes síntomas: pérdida de peso, hipersomnia o insomnio, enlentecimiento o agitación psicomotora, fatiga, ideas de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte.
- b) **Trastorno Distímico:** Se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo, presente la mayor parte del día y la mayor parte de los días durante un período de al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, debiendo estar presente por al menos 1 año. Se espera también la manifestación de 2 o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones y aparición de sentimientos de desesperanza. La sintomatología del sujeto no debe explicarse

por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

c) Trastorno Depresivo no Especificado: Considera los trastornos en que predomina un estado de ánimo deprimido, mas no se cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, distímico, adaptativo con estado de ánimo depresivo o adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Por otra parte, los trastornos bipolares se dividen en:

a) Trastorno Bipolar I: Se define por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por un episodio depresivo mayor.

b) Trastorno Bipolar II: Se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

c) Trastorno Ciclotímico: Alteración crónica del estado anímico, que se caracteriza por la ocurrencia de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco, y de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

d) Trastorno Bipolar no Especificado: Considera los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para los trastornos bipolares previamente definidos.

La décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992), establece una parcelación de los trastornos del humor (afectivos) en función de los clásicos grupos de depresiones unipolares y depresiones bipolares, bajo la posibilidad de que estén compuestas por episodios únicos o recurrentes. “Los síndromes aceptados en la clasificación son el de episodio maníaco, que se subdivide en hipomanía y manía, el de desorden afectivo bipolar con una serie de subcategorías, el de episodio depresivo, que puede ser de severidad leve, moderada o severa, el desorden depresivo recurrente y los desórdenes depresivos persistentes, entre los que se encuentran la ciclotimia, la distimia y las depresiones resistentes” (Heerlein, 2000, p. 316).

A modo de síntesis, los cuadros depresivos se definen por la ocurrencia de fases donde el sujeto experimenta una baja o disminución de su estado anímico, afectándose sus vivencias intra e interpersonales a causa de la tristeza vital o profunda que padece, sin que experimente episodios maníacos o hipomaníacos intercurrentes. En contraste, en los cuadros bipolares, los períodos melancólicos alternan con otros de carácter maníaco e hipomaníaco (Vallejo, 2002),



padeciendo el individuo de “fluctuaciones anímicas que exceden la normalidad, ya sea hacia un estado depresivo o un estado eufórico maníaco o irritable” (Valenzuela & Muñoz, 2006, p. 402). Si bien la sintomatología de los episodios maníacos e hipomaníacos es de índole similar, incluyendo un estado anímico elevado, expansivo o irritable, grandiosidad o autoestima elevada, necesidad de sueño disminuida, verborrea, fuga de ideas o aceleración del pensamiento, fácil distractibilidad, hipersexualidad, conductas de riesgo y agitación física, la gravedad y duración de la alteración es inferior en el caso de la hipomanía (Larraguibel, Davanzo & Zúñiga, 2006).

De acuerdo a Vallejo (2002), tal cual sucede con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión puede ser considerado desde 3 aristas: como síntoma, como síndrome o como enfermedad. En calidad de síntoma puede participar de diversas configuraciones patológicas, tal como acontece en el caso de los trastornos de angustia. En la condición de síndrome agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, sentimientos de culpa y minusvalía, así como una pérdida del impulso vital. En la situación de enfermedad, desde la perspectiva del modelo médico, el cuadro depresivo es entendido “como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico” (p. 502). Considerando dicha especificación teórica, la presente investigación se centrará en las manifestaciones psicopatológicas que configuran el síndrome depresivo, desestimando las instancias en que se entienda como un síntoma o como una enfermedad.

El síndrome depresivo es una alteración de la afectividad caracterizada por la disminución global del estado de ánimo, manifestada a través del plano psíquico y somático (Crespo, 2002). El síntoma central de este síndrome es la tristeza, la cual puede ser acompañada por estados emocionales como la ansiedad o la irritabilidad. En ocasiones, los sujetos pueden señalar sentirse vacíos o vivenciar un sentimiento de falta de sentimientos. Dichas situaciones de indiferencia o anestesia afectiva ocurren en el 10% al 15% de los casos.

Las cogniciones de los individuos suelen lentificarse, caracterizándose por contenidos de tonalidad negativa. Se reduce la autoestima del sujeto, quien puede incluso experimentar ideas sobrevaloradas de culpa, inutilidad, hipocondría, ruina o desesperanza. Sus ideaciones suelen girar en torno a temáticas recurrentes, situación que es difícil de controlar. Esta falta de control puede propiciar la aparición de grandes montos de ansiedad.

No son infrecuentes las ideas de muerte, las que inclusive pueden desencadenar gestos suicidas o conducir a la consumación del acto. Conjuntamente a la pobreza de ideas puede ocasionarse una incapacidad para pensar y decidirse, generando una incapacidad volitiva. También puede experimentarse una disminución de las habilidades de atención y concentración, así como variadas quejas mnésicas. Las alteraciones de la psicomotricidad son frecuentes, existiendo manifestaciones de inhibición/retardo psicomotor o de agitación con inquietud psicomotriz, siendo más frecuente la primera de estas opciones. Tal inhibición se hace patente en la expresividad facial del sujeto (hipomimia), en los movimientos corporales y en el lenguaje (Crespo, 2002).

Son típicas las alteraciones del sueño, en forma de insomnio o hipersomnias. También se presentan alteraciones del apetito, las cuales pueden expresarse en hiperfagia, anorexia o apetencias por alimentos específicos (tales como los hidratos de carbono o el chocolate) y alteraciones del impulso sexual, el que suele encontrarse disminuido. Entre los síntomas somáticos se destaca la sensación de fatiga o pérdida de energía, al que pueden agregarse otros como la disminución de la secreción de saliva bucal, dolores de cabeza, estreñimiento, opresión torácica y la sensación de cuerpo hinchado (Crespo, 2002).

La clínica de los cuadros depresivos puede ser abordada desde 5 grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos. La Tabla 1 ordena la sintomatología previamente reseñada en función de estos ámbitos.

Tabla 1: Clínica de la depresión

<b>Afectividad</b>	<b>Pensamiento-cognición</b>	<b>Conducta</b>	<b>Ritmos biológicos</b>	<b>Trastornos somáticos</b>
Tristeza, Anhedonia	Enlentecimiento	Abandono personal	Trastornos frecuentes del sueño	Anorexia, Pérdida de peso
Apatía, Indiferencia	Monotemático	Hipotonía general		Insomnio/ Hipersomnias
Ansiedad, Irritabilidad	Negativo	Inhibición/ Agitación		Trastornos digestivos, Estreñimiento
Anhedonia total	Pérdida de autoestima	Aislamiento, Llanto		Algias, Astenia
Anestesia afectiva	Desesperanza, Ideas de suicidio	Intentos de suicidio		Disfunciones sexuales
	Ideas de culpa, ruina e hipocondría			
	Déficit de concentración-atención			

Adaptado de Vallejo (2002)

## 2.2. ADOLESCENCIA

Durante mucho tiempo resultó común pensar la adolescencia como un período tortuoso y lleno de complicaciones. El primero que concibió esta fase en dichos términos fue G. Stanley Hall (1904), quien la definió como una época de turbulencias, tormentas, cambios, tensiones y sufrimientos. Del mismo modo, buena parte de los adultos y de quienes pertenecen al ámbito de la salud sustentan en la actualidad una opinión parecida, donde se asocia la adolescencia a conmociones y alteraciones conductuales y emocionales.

Sin embargo, una perspectiva de esta clase engendra consecuencias negativas (Micucci, 2005; Krauskopf, 2000). Por ejemplo:

- a) Algunas problemáticas serias pueden ser obviadas si se las confunde con alteraciones evolutivas normales y transitorias. Una dificultad real, que requeriría de una intervención acorde, puede ser infravalorada e ignorada como consecuencia de las creencias de los adultos sobre las complicaciones que supuestamente resultan inherentes a la fase adolescente.
- b) En contrapartida, aquellas circunstancias que son explicables y entendibles desde la etapa de desarrollo en que está inmerso el sujeto pueden ser visualizadas como un signo de patología. Algunos comportamientos pueden ser comprendidos como indicios de psicopatología cuando únicamente responden a conductas típicas de muchos adolescentes.
- c) Las ideas negativas sobre la adolescencia fomentan la aparición de profecías autocumplidas. En base a opiniones sesgadas sobre la adolescencia, el más mínimo indicio de desviación comportamental que los padres estimen inapropiado los motivará a reaccionar. Si los padres creen que la conducta es demostración de una cualidad negativa en el adolescente, probablemente asuman estrategias para modificarla. Lo que pudo haber sido una manifestación ocasional y aislada se convertirá en motivo de discusión, y llevará a que el adolescente se sienta desagradado, controlado y poco comprendido. A su vez, estas sensaciones llevarán al distanciamiento y potenciarán una actitud retraída en el adolescente respecto a sus padres. Este distanciamiento incrementará la percepción de los padres acerca de la aparición de cualidades negativas en el adolescente, hecho que los moverá a ejecutar nuevas estrategias. Éstas volverán a fomentar el distanciamiento del adolescente, perpetuando un ciclo de intentos de control y distanciamiento.
- d) Creer que los adolescentes son descontrolados puede llevar a los padres y a las instituciones a establecer limitaciones estrictas y rígidas, limitando la libertad y la capacidad

de exploración del sujeto. Estas restricciones atentarán contra la posibilidad de crecer mediante la propia indagación. Los estilos educativos inefectivos que hacen hincapié en el control, la disciplina y las sanciones pueden perpetuarse, convirtiendo las interacciones entre adolescentes y adultos en constantes disputas.

Las concepciones tradicionales también han enfatizado el supuesto carácter transitorio que tendría la adolescencia. Si bien esta definición pudo resultar funcional en los tiempos en que la pubertad implicaba el paso directo hacia la adultez, hoy resulta una perspectiva inapropiada (Krauskopf, 2000). Así, el punto de vista actual deberá recordar que la fase adolescente tiene una duración similar al período que la antecede (la infancia) y excluir cualquier definición que recalque una supuesta condición transicional.

La adolescencia es una etapa ubicada alrededor de los 10 y los 20 años, margen que suele coincidir con el inicio y término de las modificaciones sexuales (Krauskopf, 2000). Durante este ciclo el individuo experimenta una serie de cambios psicosociales, incluyendo la redefinición de su posición al interior de su familia y la integración a contextos extrafamiliares. La OMS (1986), en uno de sus documentos, indica que la adolescencia comprende el período que va entre los 10 y los 19 años, mientras que la juventud comprende el lapso que va entre los 15 y los 24. Ambos márgenes poseen carácter aproximativo, ya que las fases de adolescencia y juventud pueden variar ampliamente de cultura en cultura. De acuerdo al mismo documento, la etapa adolescente se caracterizaría por (OMS, 1986):

1. Un desarrollo biológico establecido desde el comienzo de la pubertad hasta la total madurez reproductiva y sexual.
2. Un desarrollo psicológico caracterizado por la evolución desde los estilos cognitivos y emocionales del niño hacia los estilos cognitivos y emocionales del adulto.
3. Un desarrollo social, en el cual el sujeto pasa del estado de total dependencia de la niñez a un estado de independencia relativa.

Micucci (2005) divide la adolescencia en 3 partes, cada una caracterizada por desafíos evolutivos específicos:

**Primera adolescencia temprana (11 a 13 años):** Los cambios corporales que irrumpen como consecuencia de la pubertad implican una reestructuración de la imagen que el

adolescente tiene de sí mismo. Mucho antes que los caracteres sexuales secundarios se hagan evidentes, el cuerpo del individuo ha comenzado a experimentar múltiples modificaciones hormonales. Los primeros cambios en el soma han pasado inadvertidos al sujeto, quien sólo vivenciará su menarquia, como es el caso de las mujeres, o su primera eyaculación, como es el caso de los hombres, mucho tiempo después de iniciadas las alteraciones puberales primarias.

Toda modificación drástica implica una reorganización. Cuando dicha variación implica la corporalidad, esta premisa es aún más exacta. El nacimiento de un nuevo cuerpo, que a la vez que se modifica conserva la huella del pasado, lleva al adolescente a un nuevo estilo de pensar, sentir y comportarse. Sin duda, los contextos sociales de los que participará resultarán centrales para dar forma a su nuevo modo de autoperibirse. Según los entornos reaccionen ante las modificaciones, el adolescente podrá sentirse aceptado y formar una autoimagen favorable de sí mismo o podrá sentirse mayormente rechazado y crear una autoimagen desfavorable.

Durante los primeros años de vida, la familia es el contexto central en que se desenvuelve el quehacer del infante. Con la entrada en la educación básica se amplía el rango de contextos relevantes, por lo que el niño y su sistema familiar deben encontrar formas de lidiar con nuevos personajes e instituciones. Con el arribo a la pubertad y a la adolescencia, la cantidad de contextos se amplifica todavía más. El grupo de pares cobra una relevancia nunca antes demostrada, convirtiéndose prácticamente en una extensión del yo del adolescente.

A pesar que durante la infancia los niños tienen amigos, y aquellos son fundamentales para el desarrollo de la socialización, buscan principalmente la aprobación y atención de los adultos. Durante la pubertad esta ecuación se altera, al punto que muchos padres piensan que para sus hijos son más importantes sus amigos que su propia familia. El grupo de pares, que en esta etapa suele estar conformado por miembros del mismo sexo, y donde no existe mucho espacio para la diferenciación, ya que todos tienen gustos e intereses similares (uniformidad), será el primer contexto en que el individuo aprenderá las habilidades básicas para la instauración de relaciones amistosas e íntimas. Constituirá un punto de referencia central para la primera fase de conformación de la identidad personal y para iniciar el proceso de individuación respecto a la familia de origen. Aunque es común atribuir la mala conducta del adolescente a la presión ejercida por el grupo de pares, resulta incorrecto adjudicar al

individuo una posición pasiva. Más bien, la presión entre los diversos miembros de la agrupación es recíproca. Tal como plantean Oetting & Beauvais (1987), cada grupo determina las normas de ingreso y permanencia por medio de actos de influencia mutua. La unión entre los adolescentes queda así encuadrada por las creencias, costumbres y actitudes compartidas por los miembros.

A lo largo de este primer ciclo suele existir una fuerte presión para asumir las cualidades asociadas al rol de género. Mensajes provenientes de distintas fuentes, como los medios de comunicación, la escuela, los amigos y los padres, promoverán ciertas clases de comportamiento en los varones y ciertos tipos de conducta en las mujeres. Los adolescentes se sentirán compelidos a actuar conforme a tales ideales, so pena de ser excluidos y rechazados. Esto favorecerá que los hombres intenten ser fuertes, decididos y autosuficientes, y que las mujeres intenten ser atractivas, encantadoras y complacientes.

No obstante, según Micucci (2005), el reemplazo que han sufrido las antiguas ideas que veían en lo masculino y en lo femenino dos polos opuestos, en pos de una concepción que las asume como dimensiones diferentes, ha favorecido que algunos asuman una mezcla de características tradicionalmente masculinas y femeninas simultáneamente. Siguiendo la misma línea de argumentación el autor señalará que este tipo de mezclas serán aceptadas y valoradas en el caso de las mujeres, pero incompatibles y perjudiciales en el caso de los hombres. Así, la adolescente que posea rasgos femeninos y masculinos podrá sobresalir entre sus pares, entretanto que el adolescente varón no se verá favorecido.

Por último, durante la adolescencia suelen incrementarse las habilidades cognitivas. Se adquiere una capacidad creciente de visualizar situaciones futuras, de considerar las diversas alternativas asociadas a un hecho y de razonar de modo abstracto, lo que implica un aumento en el grado de sofisticación del pensamiento. En palabras de Inhelder & Piaget (1958), el sujeto adquiere características propias del pensamiento operativo formal. Sin embargo, desde la perspectiva de los adultos, el adolescente es proclive a mostrarse rígido e inflexible, resultando comúnmente más complicado razonar con él que con un niño pequeño. Esta aparente incongruencia se explica por la transición entre la etapa de las operaciones concretas y la etapa de las operaciones formales. Los adolescentes son propensos a cometer errores cognitivos debido a la poca experiencia que poseen en este nuevo estilo de pensamiento.

**Adolescencia media (14 a 16 años):** El ámbito sexual adquiere una mayor relevancia. El adolescente se enfrenta a las situaciones propias de esta área, debiendo iniciar la clarificación de su orientación e interés sexual. Aunque los valores transmitidos por sus padres resultarán relevantes, serán las cualidades prevalecientes en su grupo de pares las que guiarán sus valoraciones respecto a la sexualidad. La posibilidad de vincularse con compañeros sexuales dentro del grupo y las apreciaciones que se tengan al interior de aquel sobre la actividad sexual serán más determinantes que las directrices demarcadas por los adultos.

Respecto a la toma de decisiones morales, la cual implica una distinción entre lo correcto y lo incorrecto, Micucci (2005) plantea que el sujeto tiende a hacer menos hincapié en la obtención de retribuciones tangibles, valorando progresivamente la obtención de la aprobación de los otros significativos. De igual forma, durante esta etapa se lograría un mayor nivel de conciencia sobre las necesidades de los demás y una mejor disposición para fijar acuerdos que en la fase previa.

La militancia en el grupo de pares alcanza nuevos ribetes. Si durante la adolescencia temprana el grupo constituyó el principal punto de referencia del sujeto, casi alcanzando el estatuto de una proyección yoica, durante esta fase se inicia un proceso de diferenciación. Ya no resulta necesario ser idéntico al compañero. Tener desiguales gustos e intereses es progresivamente tolerado y, a la vez, necesario. El sujeto es progresivamente capaz de identificar sus intereses y necesidades personales, siendo capaz de establecer distancia respecto a las inquietudes grupales. Disminuyen las ansiedades de ser considerado distinto.

Gracias al paso de los años y al desarrollo concomitante, el sujeto adquiere un mayor grado de autonomía. Empero, las definiciones de autonomía no suelen ser las mismas para padres y adolescentes. Mientras los progenitores estiman que la emancipación se encuentra inexorablemente unida a un mayor grado de responsabilidad, el joven enfatiza la libertad respecto a la autoridad adulta. Con el paso de la niñez a la adolescencia, el sujeto deja de ver en sus padres a las figuras todopoderosas y poseedoras de la verdad. En cambio, es propenso a distinguir las fallas que estos presentan y a señalarlas con poca delicadeza. Será labor de los padres, por tanto, saber guiar al adolescente a un desarrollo paralelo entre la autonomía y la responsabilidad, sobre la base de acuerdos y del establecimiento de normas básicas de conducta, donde a cada actuación se asocian consecuencias para él y para los demás.

**Última adolescencia (17 a 19 años):** Pese a que muchos expertos suponen que el término de la adolescencia comprende la consolidación identitaria, el sentido de sí mismo suele encontrarse en evolución a lo largo de todo el ciclo vital (Micucci, 2005; Krauskopf, 2000). Si bien durante la adolescencia el sujeto inicia el proceso de distinción progresiva de sus inquietudes, aquello no implica que al término de ésta se establezca una resolución estática e invariable. Tras la adolescencia, la identidad personal o, para ser más exacto, las identidades personales políticas, de género, religiosas, profesionales, entre otras, se verán sometidas a un permanente interjuego entre la estabilidad y el cambio.

A la par que incorpora una progresiva autonomía personal, el adolescente mayor deberá ser capaz de conservar la relación con sus padres. Cada vez en una tonalidad más simétrica, comienzan a vincularse con sus progenitores de igual a igual. La cantidad de discusiones con los padres se reducen, siempre y cuando el joven sienta que sus decisiones son respetadas. Lentamente los padres deben aprender a reservarse sus opiniones y puntos de vistas, especialmente cuando no les son solicitados.

Las relaciones amorosas apuntan hacia la intimidad. De la mano con un mayor conocimiento de sí mismo se halla el establecimiento de vínculos íntimos, espacio en que los jóvenes son capaces de compartir los aspectos de mayor privacidad. Finalmente, y en base a la experiencia de los Estados Unidos, Micucci (2005) sugerirá que en esta última fase empiezan los preparativos para marcharse del hogar, situación principalmente ocasionada por la entrada a la universidad, el enrolamiento en las fuerzas armadas o el comienzo de la vida laboral. Esta descripción parece ajena a la realidad chilena, donde cotidianamente la entrada a la universidad y el comienzo de la vida laboral no está asociada a un cambio de residencia.

Para Krauskopf (2000), también es posible dividir el período adolescente en 3 fases. Su clasificación comparte varios de los aportes de Micucci (2005), pero agrega consideraciones útiles para el entendimiento de la población nacional:

**La pubertad (10 a 14 años):** Con la aparición de los cambios corporales se inicia una reestructuración de la percepción de sí mismo y del medio circundante. Durante esta fase suelen ocurrir movimientos de regresión y avance, resultando imprescindible la primacía del segundo. Las preocupaciones del sujeto giran en torno a lo físico y a lo emocional. Junto a



una nueva imagen corporal se viven estados de ánimo fluctuantes. Se vivencia un duelo del cuerpo infantil y de la imagen de los padres como seguros, protectores y omnipotentes.

El grupo de pares se torna crucial. Suelen ser del mismo sexo, condición que favorece el fortalecimiento del rol de género antes de ingresar profundamente en la interacción heterosexual. No obstante los padres dejan de ser las fuentes exclusivas de la autoestima, debido en gran parte al lugar que empieza a ocupar el grupo de pares, la posibilidad de compartir las situaciones con los primeros se hace imprescindible.

La llegada de la menarquia posee gran importancia. Es un acontecimiento que se interpretará de acuerdo a las valoraciones asociadas al destino de ser mujer, de modo que los padres podrán reaccionar con felicidad, con indiferencia o con susto ante el pronto despertar de la sexualidad y de la capacidad reproductiva. En el caso de los hombres, la llegada de la primera eyaculación y, en especial, de las poluciones nocturnas puede ser un secreto experimentado con ansiedad o perplejidad.

**La adolescencia media (14 a 16 años):** Las inquietudes psicológicas reflejan la necesidad de afirmarse personal y socialmente. Una progresiva individuación, desata importantes duelos para las figuras paternas, quienes deben asumir la pérdida de su hijo en tanto niño. Igualmente, deben hacer un duelo por la imagen del adolescente que fantasearon y por su rol de progenitores no cuestionados.

La sexualidad es vivida fuera del núcleo familiar. Los nuevos roles se ensayan y conforman en el interior del grupo de pares. Existe un deseo por confirmar el atractivo social y sexual, así como de canalizar los fuertes impulsos que surgen.

Aunque la vida del adolescente se ve influida por las directrices que impone la familia, sus actividades cotidianas están marcadas por la orientación del grupo de pares. Suelen incrementarse las tensiones intergeneracionales, mientras que las intrageneracionales suelen afianzarse. El grupo suele estar constituido por miembros de ambos sexos, razón que favorece el aprendizaje de interacciones heterosexuales. La identidad grupal afecta y trasciende las identidades personales de cada uno de sus miembros, ofreciéndose como un contexto propicio para la diferenciación del entorno familiar. La pertenencia a un grupo es una referencia para la

vida personal del adolescente, al permitirle adquirir una identidad social conveniente, alcanzar algunos objetivos y recibir orientación y guía.

**Término del período adolescente (17 a 20 años):** Resulta esperable que el adolescente evolucione desde un locus de control externo, condición predominante en las relaciones de dependencia, hacia un locus de control interno. Gracias a este proceso, atribuye en menor medida las cosas que le suceden a factores externos, asumiendo una mayor responsabilidad en lo que respecta a la influencia de su capacidad de iniciativa, de manejar y anticipar consecuencias y de negociación.

La exploración de proyectos de vida afines a la vocación personal y a la participación social sólo será posible para aquellos que, simultáneamente, perciban la existencia de un abanico de posibilidades asociado a diversas clases de consecuencia y cuenten con los medios para la ejecución de tales actividades. Quienes, en cambio, se encuentren en un estado de privación emocional y/o económica, serán víctimas de la desesperanza. Tendrán dificultades para aspirar a la realización personal, favoreciéndose el surgimiento de acting out y de reacciones depresivas (Krauskopf, 2000).

Las elecciones del adolescente suelen distanciarlo de su familia nuclear, situación que desencadena una serie de duelos. Mientras los padres deben asimilar el nuevo status del adolescente, aquel debe reconsiderar el modo en que interactúa con ellos. Se hace necesaria la construcción de una relación parento-filial afectiva que contribuya a potenciar la diferenciación, autonomía y habilidades de resolución de problemas del joven.

Finalmente, los grupos formados durante la adolescencia tienden a la disolución. La amistad con pares del mismo sexo ya no es la fuente identitaria del sujeto, como sucede en la adolescencia temprana. El establecimiento de relaciones de pareja más estables adquiere cada vez mayor importancia y los grupos de los que ahora participa el individuo se conforman principalmente en base a afinidades en lo educacional, laboral, cultural.

### **2.3. TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS**

La Teoría General (TGS) nació con la intención de describir las peculiaridades que caracterizaban a los sistemas, sin importar el área científica en que dicho concepto fuera

utilizado. Cuando la hiperespecialización y escisión de la ciencia parecía entorpecer el diálogo interdisciplinario, Von Bertalanffy (1995) esgrimió una teoría transversal. Sus postulados encontraron fundamento en la aparición de paralelismos y concepciones análogas en ámbitos que, aparentemente, tenían poco en común. La tendencia a abandonar el mecanicismo en pos de las nociones de totalidad llevó del estudio de las partes y procesos aislados a la apreciación de las organizaciones y del orden unificador, permitiendo generar modelos comprensivos que abordaban los fenómenos según correspondieran a sistemas abiertos o cerrados.

Partiendo del supuesto que ‘el todo es más que la suma de sus partes’, la descomposición de un hecho en sus supuestas unidades elementales significa la imposibilidad de entender el ‘todo organizado’. Una serie de principios pueden ser aplicados a estos fenómenos totales, al ser entendidos en términos de sistemas. Sin importar mayormente la naturaleza de sus componentes ni el tipo de vínculo establecido entre ellos, el funcionamiento y el estado de los sistemas o sus subclases pueden ser comprendidos a través de leyes generales.

Von Bertalanffy (1995) define a los sistemas como conjuntos de elementos en interacción dinámica, donde la disposición de cada pieza está influenciada por la condición en que el resto se encuentra. Señala que la física se ocupa de sistemas cerrados, quienes no disponen de intercambios con sus contextos y se hallan aislados. Las ciencias abocadas a lo viviente se enfrentan a sistemas abiertos, donde existe una constante interacción y transmisión de elementos entre el sistema y su medio circundante. Los sistemas abiertos, al encontrarse sumergidos en un constante proceso de incorporación y eliminación de sustancias, situación que a su vez posibilita la creación, destrucción, cambio o rearticulación de sus componentes, no alcanzan un equilibrio o estado final químico y termodinámico, sino que se conservan en un estado que Von Bertalanffy (1995) define como uniforme.

Para descifrar el funcionamiento de los sistemas, dos máximas resultan fundamentales. En primer lugar, el principio de equifinalidad señala que partiendo de diferentes condiciones primarias e incluso siguiendo trayectos desiguales es posible obtener resultados finales similares. Mientras en los sistemas abiertos el mismo estado final puede lograrse mediante diferentes rutas, tal cual ocurre cuando dos gemelos idénticos devienen de la escisión de un único cigoto, en los sistemas cerrados la fase final depende y está determinada por las disposiciones iniciales. Un segundo axioma denominado retroalimentación, central en las

teorías de la comunicación, plantea que al interior de una cadena el receptor y el efector están empalmados. Lo anterior provoca la autorregulación del sistema, quien tiende a la estabilidad o dirige su funcionamiento hacia direcciones específicas. Este procedimiento ocasiona que cualquier clase de interacción entre los componentes A y B no responda a una conexión de índole lineal, sino más bien a una recursiva o circular, donde A y B se influyen mutuamente (Von Bertalanffy, 1995).

## **2.4. TEORÍA ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA**

### **2.4.1. LA FAMILIA Y SUS SUBSISTEMAS**

Desde los albores de la civilización, los seres humanos debieron unirse para sobrevivir a las demandas impuestas por el ambiente. Fue en este proceso de asociarse para coexistir que surgió alguna clase de agrupación familiar. La familia llegó a ser un contexto natural para el crecimiento y recepción de ayuda, asumiendo por función la protección psicosocial de sus miembros, el apoyo de su proceso de individuación, la generación de un sentimiento de pertenencia y la transmisión de la cultura (Minuchin & Fishman, 2004).

De acuerdo a Bernales (1995), la familia es un grupo vinculado por lazos de consanguinidad, filiación y alianza, en el cual, a partir de la unión de una pareja, nacen descendientes unidos por lazos sanguíneos. Desde su perspectiva, la familia es la estructura fundante de la sociabilidad humana y ocupa un rol central como mediadora entre sus miembros y la sociedad.

La familia se asemeja a una colonia animal, donde cada parte cumple un papel, instituyéndose una globalidad que en sí misma es una forma de vida. El sistema familiar puede ser entendido desde su composición por una diversidad de holones (vocablo proveniente del griego, *holos* implica el todo y el sufijo *on* evoca una partícula o parte) siendo cada uno de ellos, parte y todo de manera simultánea. Sucede así que “cada holón, en competencia con los demás, despliega su energía en favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo. Pero también es vehículo de energía integradora, en su condición de parte” (Minuchin & Fishman, 2004, p. 27).

Las familias se diferencian y llevan a cabo sus funciones a través de subsistemas, cada uno de los cuales posee las propiedades de un holón. Los subsistemas comúnmente reseñados son el subsistema individual, subsistema conyugal, subsistema parental y subsistema fraterno (Minuchin, 1986; Minuchin & Fishman, 2004):

a) Subsistema u holón individual: Hace referencia al concepto de sí mismo en contexto, conteniendo tanto las particularidades y la historia del individuo, como los aportes actuales del medio social. El individuo, en su condición de subsistema individual y en su experiencia como miembro de otros subsistemas, tiende a crear y fijar pautas de relación. Aquellas se conforman a través de las interacciones que establece con el resto de los integrantes de la familia, mediante procesos circulares y sostenidos en el tiempo, donde ocurren influjos y refuerzos recíprocos. La acción de influencia multilateral establecida al interior de los diferentes holones reclama la actualización de diferentes aspectos del sí mismo, dado que el individuo debe asumir dispares modos de vincularse según se posicione en el rol de padre, hijo, hermano mayor, hermano menor, etc. Por último, este holón no está únicamente compuesto por los aspectos relacionados con su condición de subsistema familiar, sino que además incluye ámbitos extrafamiliares significativos para el sujeto, los cuales también reclaman otro tipo de facetas (p.e. los amigos, el colegio).

b) Subsistema conyugal: Se conforma cuando dos personas se unen con la intención de formar una familia. Para la correcta implementación de sus tareas se requiere complementariedad y acomodación recíproca, siendo necesario que la pareja forje esquemas donde cada cual apuntala el comportamiento y los dichos del otro en buena parte de las áreas. Las pautas instauradas al interior de este subsistema guiarán las formas en que cada cónyuge se experimenta a sí mismo y al otro dentro del marco del contexto de pareja. La fijación de límites resulta fundamental para el buen funcionamiento de este subsistema, de forma que sus tareas sean elaboradas sin la intervención permanente de los hijos, parientes u otras personas. El subsistema conyugal posee un papel central en el crecimiento y desenvolvimiento de los hijos, en tanto constituye su primer modelo de relaciones íntimas. En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales.

c) Subsistema parental: Emerge ante el nacimiento del primogénito de la pareja. Tiene por objeto la crianza de los hijos y las funciones de socialización, debiendo ir sufriendo modificaciones a medida que el (los) niño(s) crece(n) y sus necesidades se modifican. “La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Las proporciones

de estos elementos dependen de las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres. Pero la relación requiere del uso de la autoridad” (Minuchin, 1986, p. 96). En la interacción con el subsistema parental, el niño aprende a relacionarse con la autoridad y a conocer qué se puede esperar de las personas con mayor fuerza y poder.

d) Subsistema fraterno: Es el primer grupo entre iguales del cual un niño participa. En su interior, cada uno de los miembros elabora sus propias pautas para negociar, competir y compartir. La importancia y significación del subsistema fraterno se hace patente cuando se encuentra ausente. Los hijos únicos desarrollan esquemas precoces de adaptación al mundo de los adultos, presentando dificultades para desenvolverse con autonomía y para optimizar la capacidad de rivalizar, colaborar y cooperar con los demás.

## 2.4.2 ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA FAMILIAR

Con la intención de analizar el estado y funcionamiento de un sistema familiar y de cada uno de sus subsistemas, Minuchin (1986) y Minuchin & Fishman (2004) señalan que la mirada se puede depositar sobre *la estructura, el estadio de desarrollo y/o la adaptación al estrés que presenta la familia*.

**1. Estructura familiar:** “Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (Minuchin, 1986, p. 86). Para examinarla deben considerarse los límites, las jerarquías y los alineamientos.

El aspecto que determina el modo en que cada subsistema funciona, así como la calidad de la comunicación entre ellos, es la delimitación. Los límites de un subsistema están integrados por las reglas y pautas transaccionales que definen quiénes participan de él y de qué modo lo hacen. Así, por ejemplo, un subsistema parental puede incluir a una tía o a un abuelo. Si los límites resultan inadecuadamente rígidos, la comunicación entre los subsistemas se debilita, generándose un perjuicio en las funciones protectoras de la familia. Si los límites son difusos, los miembros ceden parte importante de su autonomía en pos de un exaltado sentido de pertenencia al grupo familiar. La poca diferenciación entre los subsistemas reduce las posibilidades de explorar y tomar decisiones de modo autónomo, limitándose las habilidades individuales de resolución de problemas. En cambio, si los límites

son claros se permite a los miembros de los subsistemas desarrollar sin interferencia sus funciones, aunque posibilitando la transmisión de información entre los subsistemas ante problemáticas que requieran un proceso de modificación y adaptación por parte del grupo (Minuchin, 1986).

De acuerdo a la claridad de los límites en el interior de una familia, podrá establecerse una diferenciación en (Minuchin, 1986):

- a) Familias desligadas: Se caracterizan por límites inadecuadamente rígidos. Los miembros de estas familias funcionan de manera extremadamente autónoma, careciendo de la lealtad grupal básica necesaria. Su sentido de pertenencia es bajo y tienen dificultades para solicitar ayuda cuando es menester.
- b) Familias aglutinadas: Se caracterizan por límites difusos. Los límites no son conformados adecuadamente, de modo que las funciones, roles y los integrantes de cada subsistema suelen ser imprecisos.
- c) Familias con límites claros: Dentro de esta categoría están incluidas la mayoría de las familias. En estas condiciones, los roles, funciones e integrantes de cada subsistema están definidos de forma mayormente precisa.

Otro aspecto de importancia lo constituyen las relaciones jerárquicas que se establecen al interior del sistema familiar. Aunque algunos han sido partidarios de ver la familia como un sistema democrático, el aspecto de las jerarquías y los contrastes de poder se hace patente al considerar las funciones diferenciadas y específicas que posee cada integrante. Tal como resultaría insólito pensar que un abuelo, un padre y un hijo deban cumplir con el mismo tipo de tareas y responsabilidades, resultaría igualmente inadecuado pensar que a cada cual pertenece una idéntica facultad para detentar el poder. El poder puede ser definido como la facultad de influir sobre el comportamiento de otro. Por ejemplo, cuando una madre le dice a su hijo que deberá comerse toda la comida si desea salir a jugar con sus amigos, se establece una relación vertical en la que determina el modo en que su hijo deberá comportarse. En términos de Minuchin (1986), los padres requerirán de una cantidad adecuada de poder para desarrollar óptimamente las tareas que se les imponen en tanto miembros del subsistema parental y figuras de autoridad. Sin embargo, al interior de un sistema familiar, el poder no siempre está en manos de las figuras de autoridad. En ocasiones, una suma de factores desplaza el poder hacia quienes no deberían ostentarlo, generándose un desbalance.

Un último aspecto de importancia son los alineamientos. Aponte & Van Deusen (1981) entienden los alineamientos como la asociación entre dos o más integrantes del sistema en miras a la consecución de un objetivo. Esta clase de asociaciones puede tomar dos inclinaciones (Haley, 1988b). La primera vía, conocida como alianza, implica la unión de dos o más integrantes para el desarrollo de una tarea común que no perjudica a un tercero. La segunda vía, conocida como coalición, implica la unión de dos o más integrantes en contra de un tercero.

**2. Estadio de desarrollo:** La familia está lejos de ser un ente inmóvil. Al igual que el entorno social, vivencia permanentes ciclos de modificación. “El cambio es la norma y una observación prolongada de cualquier familia revelaría notable flexibilidad, fluctuación constante y, muy probablemente, más desequilibrio que equilibrio” (Minuchin & Fishman, 2004, p. 34).

En el interior del sistema familiar se establece una dinámica entre la conservación y la evolución, de modo que las fases de equilibrio van seguidas de fases de desequilibrio, y viceversa. Las demandas de cambio que explican las condiciones imperantes en cada período provienen del interior y del exterior de la familia. Un factor de cambio interno es, por ejemplo, la muerte de un pariente, mientras que un factor de cambio externo opera cuando uno de los progenitores es despedido de su trabajo.

De acuerdo a los postulados de Minuchin & Fishman (2004), el proceso de desarrollo familiar implica una complejización progresiva. El intercambio entre las etapas de equilibrio, similares a lo que Von Bertalanffy (1995) entiende como los estados uniformes de los sistemas abiertos, donde predomina la repartición de tareas y aptitudes pertinentes para cada subsistema, y las etapas de desequilibrio, durante las cuales se amplifican las perturbaciones y se hace necesaria la renegociación de algunas pautas de relación, llevan al sistema a estados superiores de complejidad. El modelo plantea 4 etapas principales de desarrollo familiar, organizadas en base al crecimiento de los hijos, y que los autores consideran sólo válidas para familias de clase media, compuestas por un esposo, una esposa y al menos 2 hijos:

a) La formación de pareja: Se sientan las bases de la familia mediante la constitución del holón conyugal. Mediante negociaciones se fijan las fronteras de la pareja ante las respectivas familias de origen, las amistades, los compañeros de trabajo, etc. Es fundamental que la pareja



sepa compatibilizar el tiempo que destina al trato con sus redes sociales con aquel que dedica a la intimidad. Deben elaborarse pautas que permitan expresar y resolver los problemas, así como armonizar los gustos y preferencias personales.

b) La familia con hijos pequeños: Sobreviene con el nacimiento del primogénito de la pareja, creándose de forma automática nuevos holones: parental, padre-hijo, madre-hijo. El funcionamiento del holón conyugal se modifica para enfrentar las responsabilidades implicadas en el cuidado del recién nacido, quien es completamente dependiente. A medida que el niño crece el holón parental se relaciona con nuevas instancias (p.ej. jardines, hospitales) y debe tratar con nuevos contactos (p.ej. abuelos, tíos, doctores, profesores). Con el nacimiento de un segundo hijo se alteran las pautas construidas en torno al primero, conformándose el subsistema fraterno.

c) La familia con hijos en edad escolar o adolescentes: El ingreso de los hijos al colegio conlleva una fuerte transformación. La familia debe instituir mecanismos para hacer frente a las exigencias de los organismos educativos, tales como definir los horarios de despertarse, de trasladarse al colegio, de estudiar, de hacer las tareas y de acostarse. La inserción del niño en la escuela le permite comparar las reglas imperantes en su familia con las medidas predominantes en las de sus compañeros. Aquello puede llevarlo a juzgar las reglas de otras familias como más equitativas, situación que provocará que la familia deba negociar y flexibilizar determinadas normativas. Con la llegada del hijo a la adolescencia, el grupo de pares adquiere una mayor relevancia. Se renegocian las pautas interactivas entre los padres y el hijo, especialmente las que versan sobre el control y la autonomía. Los hijos no son los únicos que experimentan renovaciones, los padres generalmente entran en la crisis de edad media y con frecuencia deben sobrellevar la muerte de sus propios progenitores.

d) La familia con hijos adultos: En este último estadio los hijos han llegado a ser adultos o adultos jóvenes y cada cual posee un estilo de vida personal. El centro de la reorganización de la familia será la reacomodación de las pautas de interacción parento-filiales, donde padres e hijos deberán vincularse como adultos. El holón conyugal vuelve a ocupar un lugar de primacía para los progenitores. Ante la posibilidad del nacimiento de nietos, deberán surgir nuevos modelos de relación entre los miembros de la familia.

**3. Adaptación al estrés:** Tal como se ha puntualizado anteriormente, las familias se exponen a presiones de cambio desde el interior y desde el exterior. En los procesos de metamorfosis y estabilidad resulta inevitable que florezcan dificultades de adaptación. De acuerdo a Minuchin (1986), el estrés al que se somete una familia proviene de 4 fuentes:

- a) Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares: Acomete cuando uno de los miembros de la familia se ve afectado por un factor externo. Así, un niño puede presentar problemas para adaptarse a su colegio o un padre puede encontrarse excesivamente exigido por su puesto de trabajo.
- b) Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares: Sobreviene cuando toda la familia se ve afectada por un factor estresante externo a ella. Por ejemplo, la familia puede verse afectada por las consecuencias de una crisis económica a escala nacional o mundial.
- c) Estrés en los momentos transicionales de la familia: Se presenta cuando deben renegociarse las reglas de interacción debido a un proceso de evolución o cambio (por nacimiento o muerte de un miembro) al interior de la familia. Por ejemplo, la entrada de uno de los hijos a la adolescencia provoca perturbaciones en la relación parento-filial.
- d) Estrés referentes a problemas de idiosincrasia: Sobreviene cuando áreas determinadas del sistema familiar, debido a sus condiciones particulares, provocan estrés al sistema familiar. Por ejemplo, es posible que la familia haya sabido manejar un problema de discapacidad física o mental en uno de sus miembros mientras era pequeño, mas tenga dificultades para hacer frente a la misma condición ante el ingreso del sujeto al sistema educacional.

## **2.5. CONCEPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS (DEPRESIVOS) EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

Las teorías y técnicas tradicionales de salud mental se originan desde una fascinación por la dinámica del individuo, mostrando una preferencia explícita e implícita por la exploración de la vida intrapsíquica (Minuchin, 1986). Al realizarse una observación del individuo en una condición de aislamiento, los datos y formulaciones recabadas se restringen únicamente a las cogniciones, conductas y emociones de dicho sujeto, impidiendo una adecuada valoración de los aspectos contextuales. A causa de lo anterior, el individuo llegó a ser concebido como el asiento de la patología. Minuchin (1986) compara al terapeuta que trabaja con este marco de referencia con un técnico que utiliza un vidrio de aumento, el cual, gracias a sus habilidades, puede obtener con claridad una serie de detalles presentes en el objeto. Sin embargo, al hacer esto, el tamaño del campo que es capaz de describir es extremadamente reducido.

El terapeuta familiar, en cambio, considera que “la patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en el feedback entre ambos” (Minuchin, 1986, p. 30). Cree igualmente que “la frontera artificial es confusa y, por tanto, el enfoque de la patología debe modificarse” (Minuchin, 1986, p. 30). Este profesional puede, entonces, ser comparado con un técnico que trabaja con lentes graduales, ya que es capaz de estudiar, en caso de estimarlo pertinente, el ámbito intrapsíquico, pero también tiene habilidades para visualizar un rango más amplio de circunstancias.

Así, cuando se consideran seriamente las producciones mentales desde su faceta intra y extracerebral, el análisis de las condiciones normales y psicopatológicas se aleja de las concepciones tradicionales. El foco de estudio, único y principal, deja de ser el individuo en condición de aislamiento, abriéndose la posibilidad de examinar seriamente la cualidad de las relaciones y los vínculos. Tomando como premisa aquello, Watzlawick, Beavin & Jackson (1985) examinaron la teoría de las reglas familiares a la luz de las características de los sistemas abiertos. Para ellos, la familia, en tanto sistema abierto, sigue 4 máximas que permiten entender el papel del síntoma, todas coherentes y vinculadas entre sí. El principio de totalidad señala que la conducta de cada individuo está vinculada con la del resto de los miembros, dependiendo de ella. Como toda conducta es comunicación, y como resulta imposible no comunicar, el sujeto permanentemente interviene sobre los demás y es influido por estos. El principio de no sumatividad indica que el estudio de una familia no es equivalente a la suma de los análisis individuales de los miembros que la componen. Muchas de las peculiaridades del sistema, en especial los patrones de interacción, van más allá de las propiedades de los individuos. Más aún, varias de las cualidades que suelen atribuirse a cada integrante, en especial los síntomas, responden al funcionamiento y a los rasgos del sistema. El principio de retroalimentación y homeostasis plantea que toda entrada de información al sistema, provenga ésta desde su interior o desde el exterior, se encuentra regida por las reglas que imperan en aquel. Su naturaleza, sus mecanismos de retroalimentación y la índole de la entrada iluminan el modo en que la modificación es absorbida. La homeostasis puede ser entendida de dos maneras diferentes. Representa tanto un estado final en que se ha manifestado cierta resistencia ante el cambio externo, como el medio en que mecanismos de retroalimentación negativa van contra las tendencias que promueven una variación. Watzlawick, Beavin & Jackson (1985) creen que la ambigüedad emanada de esta doble definición ha limitado la utilidad del término, por lo que consideran más apropiado referirse a aquel como a la estabilidad de un sistema, mantenida por lo general mediante procesos de

retroalimentación negativa. Los autores consideran que las familias perturbadas se muestran refractarias a las modificaciones y al cambio, exhibiendo una tendencia a mantener el status quo a través de la retroalimentación negativa. No obstante lo anterior, la familia también se encuentra sometida a situaciones de aprendizaje y crecimiento, inclusive mediante la aparición de nuevas conductas adaptativas o sintomáticas, por lo que un modelo que enfatice una homeostasis pura resulta erróneo. Finalmente, el principio de calibración implica que, de acuerdo a los rangos definidos por el sistema, sólo son toleradas ciertas clases de comportamiento, activándose mecanismos regulatorios cada vez que el nivel máximo se ve sobrepasado. Por su parte, las funciones escalonadas corresponden a los diversos estados en que puede encontrarse un sistema, de acuerdo a las modificaciones o desviaciones que pueda ir experimentando a lo largo del tiempo. Por ejemplo, debido a la calibración, al interior de una familia serán admitidas las conductas que respeten los lineamientos establecidos, o no se alejen en exceso de ellos. Todo comportamiento que sobre pase dichas fronteras se verá contrarrestado mediante castigos, sanciones o reemplazos (como cuando un segundo miembro de la familia se convierte en el paciente). En otro nivel, las funciones escalonadas se plasman en las modificaciones que la familia sufre a lo largo del tiempo, como ocurre con el crecimiento de los hijos, desde el interior, o como sucede con la integración a las instituciones de educaciones superior, desde el exterior, modificando la regulación del sistema y recalibrándolo.

Estas 4 propiedades resultan fundamentales para la concepción del síntoma desde una perspectiva sistémico/relacional. Así, teniéndolas como base, Haley (1988b, 1997) planteará que un problema es “un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, es una etiqueta que se le adosa. Si concebimos síntomas tales como la ‘depresión’ o la ‘fobia’ como un contrato celebrado entre individuos y, por ende, adaptado a las relaciones, accederemos a un nuevo modo de pensar acerca de la terapia” (p. 6). Whitaker (1991) no sólo apoyará estos planteamientos, sino que además agregará que “la familia es el agente que domina la vida de cualquier adolescente, en una forma absolutamente desproporcionada al tiempo que pasa con ella, y a despecho de la distancia física” (p. 320), ilustrando la relevancia de aquel sistema en la génesis y mitigación de las complicaciones durante esta fase.

Coherente con la postura de Almonte (2003), quien estima que los factores biológicos, psicológicos y sociales pueden jugar el rol de predisponentes, precipitantes, mantenedores, agravantes o determinantes de la psicopatología, es posible decir que la comprensión del surgimiento y mantención de la sintomatología depresiva en adolescentes dependerá del nivel de análisis que desee realizarse. El foco podrá posicionarse sobre las características biológicas o psicológicas de un individuo, sobre los contextos familiares y extrafamiliares de los cuales es partícipe o incluso sobre las variables culturales presentes en la sociedad a la que pertenece. Durante la presente investigación, el centro de interés se posicionará sobre los sistemas familiares, en específico sobre su estructura y sobre la utilidad del síntoma para el mantenimiento de las pautas transaccionales que existen su interior.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo General**

- Analizar la estructura de sistemas familiares con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, considerando la perspectiva de la Teoría Estructural de la Familia.

#### **Objetivos Específicos**

- Analizar la estructura de sistemas familiares con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, en términos del establecimiento de límites que se establecen en su interior.
- Analizar la estructura de sistemas familiares con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, en términos de las jerarquías que se establecen en su interior.
- Analizar la estructura de sistemas familiares con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, en términos de los alineamientos, sean en forma de coaliciones o alianzas, que se establecen en su interior.
- Conocer y describir la secuencia de interacciones o pauta transaccional establecida entre el adolescente y otros miembros de su familia, y que juega un rol en la existencia del síndrome depresivo.
- Conocer y describir la utilidad que tienen los síntomas depresivos del adolescente para el mantenimiento de las pautas relacionales que presenta la familia.

## **4. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA**

La presente investigación se inscribe dentro del enfoque cualitativo y tiene por objeto conocer y analizar los sistemas familiares de adolescentes que manifiestan sintomatología propia de un síndrome depresivo. Se cree indispensable realizar una aproximación al fenómeno que rescate los discursos de los sujetos involucrados.

En palabras de Taylor & Bogdan (1986), el enfoque cualitativo es un tipo de investigación asentado en la descripción, donde lo fundamental son “las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 20). Este modo de enfocar las problemáticas, aplicado en diversos campos de investigación, se caracteriza por realizar una reflexión desde la praxis. Lo que es definido como material de estudio se estima perteneciente a un contexto particular, interacción que no es posible fragmentar ni dividir en variables dependientes e independientes ni reducir a relaciones lineales de causa y efecto (Pérez Serrano, 1998). Al intentar comprender la realidad, se establece como supuesto fundamental que el conocimiento no es neutro, está siempre relacionado con los significados que los seres humanos construyen en los procesos de interacción con su medio, por lo que sólo adquiere sentido en un ámbito cultural y en un devenir cotidiano determinado. Además, esta perspectiva, basada en una descripción rigurosa de hechos pertenecientes a un contexto social, conjetura que no es posible establecer una única y definitiva realidad, sino múltiples niveles de análisis interrelacionados (Pérez Serrano, 1998).

El presente estudio también sigue buena parte de los postulados básicos de la teoría estructural de la familia, perspectiva próxima a las enunciaciones teóricas de Gregory Bateson, intentando asumir una epistemología recursiva en su abordaje del fenómeno en estudio.

En términos de Bateson (2006), en congruencia con lo expresado sobre la metodología cualitativa, la ciencia puede optimizar o refutar sus hipótesis, mas no probarlas, salvo en el terreno de la tautología abstracta. Lo anterior debido a que la ciencia, como método de percepción, y al igual que el resto de los métodos de percepción, está limitada por la condición no asequible de la verdad. En toda articulación de pensamientos, percepciones y

comunicaciones sobre percepciones existe un proceso de codificación entre el hecho sobre el cual se informa y lo que se dice de él. Esta idea ha sido resumida en la sentencia ‘el mapa no es el territorio’, y expresa la distancia existente entre las teorías sobre lo que ocurre y lo que ocurre en sí.

Respecto a la epistemología, Bateson (2006) indica que busca establecer “la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden” (p. 242). Es imposible carecer de una. Quienes piensan diferente, o no están conscientes o no desean hacerse responsables de los modos en que conciben sus ideas y percepciones, o toman sus decisiones. Ser inconsciente no es algo obligatoriamente nefasto, aunque sí puede llegar a ser perjudicial. No responsabilizarse, en cambio, sólo da cuenta de que se posee una mala epistemología (Keeney, 1987; Bateson, 2006).

Al examinar la teoría y la praxis de las distintas corrientes existentes en el campo de la psicología clínica y la psiquiatría, Keeney (1987) expresa que es posible identificar dos clases de epistemología. Una es lineal progresiva, la otra es recurrente. En la epistemología lineal progresiva, las ideas o argumentos que componen una secuencia no vuelven al punto de partida (Bateson, 2006). Ejemplos de esto son las concepciones tradicionales de la nosología psiquiátrica y la psicopatología, debido a la evaluación reduccionista, atomista y anticontextual que hacen de sus objetos de estudio. Atomistas y reduccionistas porque intentan descomponer el fenómeno en los elementos menores que supuestamente lo componen. Anticontextuales porque el centro está puesto sobre las cualidades del objeto, las cuales estarían presentes sin importar mayormente las características del entorno. Los terapeutas que creen que su trabajo es corregir, extinguir y exorcizar los aspectos ‘oscuros’, ‘patológicos’, ‘enfermos’ o ‘desquiciados’ de sus pacientes, operan desde tal epistemología (Keeney, 1987). En la orientación recurrente, en contraste, las ideas o argumentos que componen una secuencia vuelven al punto de partida, cerrando el círculo. Dentro de este marco de referencia resultan relevantes las relaciones y los sistemas totales en que se enmarcan los sucesos, lo que lleva a comprender las conductas, caigan estas dentro del rango de lo esperado o no evolutivamente, en términos de las interacciones establecidas y de los procesos de feedback imperantes (Bateson, 2006; Keeney, 1987).



## 4.2. TIPO DE ESTUDIO

Se considera al estudio de casos como el método de investigación cualitativa que se ajusta a los objetivos de la actual investigación. Anguera (1987) señala que esta metodología se orienta a un examen intensivo y profundo de las diversas aristas del objeto de estudio, entretanto Pérez Serrano (1998) expresa que el propósito de este procedimiento consiste en la profundización y el análisis intenso de lo que conforma el ciclo vital de la unidad.

En el estudio de casos, la selección de la muestra sigue criterios de orden teórico, sin que sea necesario seleccionar una muestra representativa de la población. La cantidad de casos considerados apropiados dependerá en buena parte de los argumentos teóricos y del juicio del investigador (Yin, 2003), quien podrá usar como criterio la saturación teórica (Glaser & Strauss, 1967). Ésta se manifestará cuando, a partir del estudio de los casos, el investigador no encuentre nuevos datos respecto a las áreas y ámbitos que son de su interés.

Aunque no resulte posible establecer a priori el monto definitivo de casos que serán necesarios para conducir una investigación cualitativa, Eisenhardt (1989), con un afán orientador, plantea que "... si bien no existe un número ideal, una cantidad entre 4 y 10 casos generalmente funciona bien. Con menos de 4 casos, es a menudo complicado generar teoría con complejidad suficiente, siendo probable que su base empírica resulte poco convincente... con más de 10 casos, rápidamente se hace difícil hacer frente a la complejidad y volumen de los datos<sup>3</sup>" (p. 545).

Merriam (1990) estima que el estudio de casos, según la naturaleza del informe final que se emitirá, puede ser descriptivo, interpretativo o evaluativo. En el estudio de casos descriptivo, el informe incluye una revisión detallada del fenómeno en ausencia de una fundamentación teórica previa. En el estudio de casos interpretativo, los datos son usados para formar categorías conceptuales o para ser contrastados con una perspectiva teórica definida antes de la recolección de los datos. El estudio de casos evaluativo, por su parte, involucra un proceso de descripción, explicación y enjuiciamiento, donde la generación de juicios es el paso final y primordial del proceso evaluativo.

---

<sup>3</sup> Finally, while there is no ideal number of cases, a number between 4 and 10 cases usually works well. With fewer than 4 cases, it is often difficult to generate theory with much complexity, and its empirical grounding is likely to be unconvincing, unless the case has several mini cases within it... with more than 10 cases, it quickly becomes difficult to cope with the complexity and volume of the data.

Basándose en las especificaciones realizadas por Eisenhardt (1989), Yin (2003) & Merriam (1990), es posible decir que la presente investigación corresponde a un estudio de casos interpretativo, con un diseño múltiple. En el desarrollo del estudio participaron 5 familias, cada una considerada un caso, con lo cual se consideró alcanzado el punto de saturación teórica.

#### **4.3. FOCOS DE ESTUDIO**

Se definió como objeto de estudio al sistema familiar poseedor de un miembro adolescente que presenta un síndrome depresivo. La unidad principal de análisis implicó al sistema familiar completo y se dividió en:

1. Estructura familiar: “Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (Minuchin, 1986, p. 86). Para analizar la estructura es menester considerar los límites, las jerarquías y los alineamientos.

1.1. Límites: Reglas que definen quiénes y de qué forma participan de los subsistemas.

1.2. Jerarquía: Hace referencia a quiénes, y de qué modo, ostentan el poder y la autoridad al interior del sistema familiar.

1.3. Alineamiento: Unión de dos o más miembros para llevar a cabo una maniobra. Pueden ocurrir en forma de alianzas o coaliciones. Se entiende por alianza a la unión de dos o más miembros para alcanzar un objetivo común, mientras que por coalición se concibe a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero.

2. Utilidad del síntoma: “Formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia” (Minuchin, 1986, p. 193).

#### **4.4. PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se recurrió al Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición, a la confección de un diagrama familiar, a la aplicación del cuestionario FACES III y a la técnica de entrevista en profundidad con carácter semiestructurado.

a. Inventario de Depresión de Beck, 2ª Edición (Beck, Steer & Brown, 2006)

La segunda versión del Inventario de Depresión de Beck, creado por Beck, Steer & Brown (1996), es un cuestionario de autorreporte compuesto por 21 ítems que tiene por finalidad medir la severidad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Este instrumento reemplazó al BDI-A (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), quien a su vez constituyó un perfeccionamiento del BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia (2008) estudiaron las propiedades psicométricas del BDI-II en adolescentes chilenos, encontrando que presentaba un alto grado de consistencia interna, una adecuada correlación test-retest y un buen indicador de validez convergente gracias a la estrecha correlación mostrada respecto al MACI (Millon, Millon & Davis, 1993). Igualmente, poseía la capacidad de discriminar entre población adolescente consultante en servicios de salud (síntomatología ansioso-depresiva) y población no consultante. Los autores concluyeron que el BDI-II resultaba apropiado para la estimación de síntomas depresivos en adolescentes chilenos.

El BDI-II se desarrolló con la intención de evaluar la presencia y la severidad de los síntomas depresivos que especifica el DSM-IV (APA, 2000), y no como un instrumento orientado a la identificación de diagnósticos psiquiátricos. Consta de 21 ítems (Tabla 2), cada uno de los cuales posee 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad. El sujeto debe seleccionar la sentencia que representa de mejor forma la condición que ha presentado a lo largo de las últimas 2 semanas. El tiempo requerido para completar la prueba oscila entre los 5 y los 10 minutos.

Tabla 2: Ítems del BDI-II

1.	Tristeza
2.	Pesimismo
3.	Fracaso
4.	Pérdida de placer
5.	Sentimientos de culpa
6.	Sentimientos de castigo
7.	Disconformidad con uno mismo
8.	Autocrítica

9.	Pensamientos o deseos suicidas
10.	Llanto
11.	Agitación
12.	Pérdida de interés
13.	Indecisión
14.	Desvalorización
15.	Pérdida de energía
16.	Cambios en los hábitos de sueño
17.	Irritabilidad
18.	Cambios en el apetito
19.	Dificultad de concentración
20.	Cansancio o fatiga
21.	Pérdida de interés en el sexo

Adaptado de Beck, Steer & Brown (2006)

Respecto a la corrección, a cada ítem se le asigna un puntaje de 0 a 3 puntos, dependiendo de la respuesta escogida. La puntuación total, que va de 0 a 63, se calcula mediante la sumatoria de los resultados de cada uno de ellos. Beck, Steer & Brown (1996) establecieron los 19 puntos como el puntaje de corte que discrimina la existencia de síntomas depresivos significativos clínicamente, creándose 4 rangos (0-13: ‘mínimo’; 14-19: ‘leve’; 20-28: ‘moderado’; 29-63: ‘severo’).

#### b. Diagrama familiar

El diagrama familiar o genograma resulta útil para el ordenamiento de la información sobre los miembros de una familia y sus relaciones. Además, “proporciona un rápido gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar” (McGoldrick & Gerson, 1987).

Para McGoldrick & Gerson (1987), la creación de un genograma comprende el trazado de la estructura familiar, un registro de información sobre la familia y el delineamiento de las relaciones entre los miembros. En opinión de Minuchin (1986), un mapa del sistema familiar puede resultar útil como esquema organizativo, al permitir un ordenamiento de la información. Sin embargo, “no representa la riqueza de las transacciones de la familia, del mismo modo en que un mapa tampoco representa la riqueza de un territorio” (p. 139).

McGoldrick & Gerson (1987) sugieren que el genograma puede ser interpretado desde 6 categorías:

1. Estructura familiar: Composición y configuración del sistema familiar. En otras palabras, se examina la estructura vincular que se establece entre los miembros del sistema.
2. Adaptación al ciclo vital: “Implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se está adaptando una familia. El ajuste de edades y fechas en un genograma nos permite ver si los sucesos del ciclo vital se dan dentro de las expectativas normativas” (p. 86).
3. Repetición de pautas a través de las generaciones: Precisar pautas reiterativas de funcionamiento individual o de vinculación a través de las generaciones.
4. Sucesos de la vida y funcionamiento familiar: Realización de “conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes (y evaluación del) impacto de cambios traumáticos en el funcionamiento de la familia y su vulnerabilidad a futuras tensiones” (p. 112)
5. Pautas vinculares y tríadas: Identificación de la cualidad de las relaciones entre los miembros y presencia de posibles relaciones triádicas (Keeney & Ross, 1993).
6. Equilibrio y desequilibrio familiar: Estudio del genograma “en busca de pautas de contraste y equilibrio en la estructura, roles, funcionamiento y recursos de la familia” (p. 139).

Siguiendo lo postulado por McGoldrick & Gerson (1987) y Minuchin (1986), se consideró útil la confección de un diagrama familiar como herramienta aproximativa y orientadora del análisis de la estructura familiar, de las pautas vinculares y de las relaciones triádicas. El genograma, construido con ayuda del programa GenoPro 2011 (versión 2.5.3.5) aparece como complemento informativo del apartado de presentación de las familias participantes.

c. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, 3ª Versión (FACES III)

La tercera edición de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACES III) fue diseñada por Olson, Portner & Lavee (1985) y tiene por antecesoras a las escalas FACES II y FACES I.

El instrumento no evalúa directamente el funcionamiento global de las familias, sino únicamente las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Por cohesión se entiende la ligazón

emocional presente entre los miembros de una familia, mientras que por adaptabilidad se entiende la capacidad de un sistema familiar de alterar su estructura de poder, roles y pautas relacionales como respuesta a factores estresantes situacionales o relacionados con la evolución de sus miembros (Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp & Diez, 2003). La escala FACES III se diseñó con el propósito de ser aplicable a cualquier familia, incluyendo el amplio rango existente entre los matrimonios recién casados y aquellos con hijos mayores que habitan fuera del hogar. La redacción del cuestionario está orientada a mayores de 12 años, motivo por el cual se espera que la mayoría de los miembros sean capaces de contestarlo. Mientras más sujetos participen de la aplicación, mayor cantidad de perspectivas sobre el estado de la familia podrán obtenerse (Polaino-Lorente & Martínez-Cano, 1998).

A nivel nacional, Zegers, Larraín, Polaino-Lorente, Trapp & Diez (2003) llevaron a cabo un estudio para verificar la validez y la confiabilidad de la escala FACES III para el diagnóstico del funcionamiento de familias chilenas. Los autores encontraron que la versión española de la escala, desarrollada por Polaino-Lorente & Martínez-Cano (1998), demuestra una validez y confiabilidad aceptable.

El inventario está compuesto por 20 ítems, 10 vinculados a la cohesión y 10 asociados a la adaptabilidad. A cada pregunta se le adjudica un puntaje de 1 a 5, donde 1 corresponde a 'nunca', 2 a 'casi nunca', 3 a 'algunas veces', 4 a 'casi siempre' y 5 a 'siempre'. La sumatoria de los ítems otorga un puntaje total que oscila entre 10 y 50 para cada factor (Polaino-Lorente & Martínez-Cano, 1998). Los puntajes de corte establecidos para la variable cohesión son: 10-30: 'desligada'; 31-38: 'separada'; 39-42: 'conectada'; 43-50: 'amalgamada'. Por su parte, para la adaptabilidad son: 10-23: 'rígida'; 24-27: 'estructurada'; 28-32: 'flexible'; 33-50: 'caótica'.

#### d. Entrevista en profundidad semiestructurada

Mediante la entrevista fue posible "analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de las representaciones de los sujetos y/o grupos estudiados" (Delgado & Gutiérrez, 1994, p. 213). Teniendo por origen a la entrevista clínica, esta técnica busca que las personas se expresen libremente sobre los pensamientos y sentimientos que tienen sobre las temáticas en cuestión, sin que consideren mayormente qué es lo correcto o qué es lo que deben o no transmitir. Para Pérez Serrano (1998), la entrevista en profundidad debe obtener

material de nivel psicológico profundo, de modo que se exterioricen actitudes y sentimientos que difícilmente se expresarían frente a preguntas directas. Por último, el carácter semiestructurado hace referencia al establecimiento de una pauta básica de temáticas abordadas (Tabla 3), aunque en su aplicación no se siguió un patrón único, rígido y severo.

Tabla 3: Tópicos de las entrevistas

1.	Percepción del problema (de los síntomas depresivos)
1.1.	Cómo empezó el problema
1.2.	Las consecuencias que ha acarreado el problema
1.3.	Las soluciones intentadas para superar el problema
2.	Adolescencia
2.1	Cómo ven y qué significa la adolescencia para los miembros de la familia
3.	Límites de cada subsistema (conyugal, parental, fraterno)
3.1.	Obligaciones que debe cumplir cada miembro
3.2.	Derechos o atribuciones que posee cada miembro
3.3.	Comportamientos permitidos y sancionados al interior de la familia
4.	Distribución de las jerarquías al interior de la familia
4.1.	Control de la conducta de los hijos: Refuerzos y castigos
5.	Alineamientos: Posibles coaliciones y alianzas

La entrevista fue enfocada desde una perspectiva sistémico/relacional, la cual aspiró al reconocimiento de las pautas relacionales existentes en el sistema, recogiendo las producciones verbales de los sujetos. De acuerdo a Tomm (1988) y Navarro (1992), existen 4 categorías de preguntas comúnmente utilizadas en la perspectiva sistémico/relacional:

- a) Lineales: Tienen por función orientar acerca del problema, otorgando definiciones y explicaciones de los hechos.
- b) Circulares: Tienen por función orientar acerca de las interacciones. Cuando se consulta a un tercero acerca de la relación que mantienen otros dos, se coloca al interrogado en la posición de observador de su propio proceso sistémico (Lillo, 2007).
- c) Estratégicas: Tienen por función encontrar soluciones y respuestas. También pueden servir para influir de forma directa sobre el entrevistado, de modo que tome partido por las soluciones que el entrevistador sugiere.
- d) Reflexivas: Tienen por función motivar la experimentación de nuevas conductas, mediante la activación intencionada de la reflexión. También pueden servir para influir de modo indirecto sobre el entrevistado.

Tomando como plataforma la clasificación recién expuesta, es importante destacar que las entrevistas comprendieron principalmente preguntas lineales y circulares, en desmedro de las estratégicas y reflexivas, al poseer estas últimas unas cualidades más próximas a un proceso psicoterapéutico que a una investigación. Las entrevistas fueron grabadas mediante registro de audio, el cual sirvió para realizar las transcripciones sobre las que operó el análisis de contenido categorial.

#### **4.5. TIPO DE MUESTREO**

En el presente estudio se utilizó un muestreo por criterio lógico. Los casos seleccionados debieron reunir criterios predeterminados, considerados relevantes para los efectos de la investigación. De acuerdo a Taylor & Bogdan (1998), en esta clase de muestreo lo fundamental es el potencial que cada caso posee para favorecer la comprensión del fenómeno.

Los sistemas familiares participantes cumplieron con las siguientes características mínimas:

- a) Poseer un miembro adolescente, ubicado entre los 14 y los 19 años.
- b) Dicho miembro adolescente presentó un puntaje superior a 19 en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996).
- c) Dicho miembro adolescente residió en compañía de al menos un progenitor.

El primer criterio respondió a la necesidad de que el sujeto perteneciera al tramo medio o final de la adolescencia. Tal como ha sido señalado en el Marco Teórico, aquella puede ser dividida en 3 etapas (temprana, media y final). Considerando que la adolescencia temprana, comúnmente posicionada entre los 10 y los 13 años, comprende los cambios puberales y la reestructuración de la imagen corporal, se establece una distancia respecto a las fases media y final, donde las preocupaciones pasan por diferenciarse del grupo familiar y por afirmar un proyecto personal que sea congruente con la inserción social. El segundo criterio respondió a la necesidad de que el sujeto adolescente manifestara sintomatología depresiva. Melipillán, Cova, Rincón & Valdivia (2008), en una investigación destinada a evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (Beck, Steer & Brown, 1996) en adolescentes chilenos, señalaron que el puntaje de corte de 19 “puede indicar la



presencia de sintomatología depresiva importante, aun cuando no implique necesariamente la presencia de un trastorno depresivo” (p. 68). El tercer criterio respondió a la necesidad de profundizar en el subsistema parento-filial a través del estudio de las pautas transaccionales establecidas entre el adolescente y al menos uno de sus progenitores.

#### **4.6. PROCEDIMIENTOS**

El desarrollo de la presente investigación puede dividirse en 9 etapas:

1. Revisión de antecedentes teóricos y empíricos sobre la temática en estudio, en miras a la producción de la Contextualización y el Marco Teórico.
2. Confección del Diseño Metodológico, con el objeto de clarificar los lineamientos de la investigación.
3. La selección de muestreo se rigió por los criterios de pertinencia, conveniencia y disponibilidad. El criterio de pertinencia definió las características básicas que debía poseer una familia para participar de la investigación, mientras que la conveniencia y la disponibilidad representaron la manera en que se estableció el contacto con la muestra. Tras la aplicación masiva del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) a estudiantes de 7mo a 4to medio de un establecimiento educacional ubicado en la comuna de Recoleta, 3 familias de adolescentes fueron invitadas a participar. Las 2 familias restantes fueron contactadas a través de un consultorio perteneciente al Servicio de Salud Occidente.
4. En las 2 situaciones en que, durante la fase de contacto inicial, la abuela materna fue referida como miembro del subsistema parental y como figura significativa para el adolescente se decidió invitarla a participar. De las 2 abuelas invitadas, sólo 1 tomó parte de las entrevistas.
5. En los casos de cónyuges separados o divorciados se estimó pertinente invitar a ambos progenitores, aunque proponiéndose la opción de asistir a las entrevistas por separado. En sólo una de las familias que formaron parte de esta investigación aquel escenario se cumplió. Sin embargo, mientras que la madre participó de la investigación, no fue posible contactar al padre debido a que nunca respondió ni devolvió las múltiples llamadas telefónicas realizadas.
6. Las familias seleccionadas participaron de 3 entrevistas, realizadas entre la primera semana de noviembre y la segunda semana de diciembre de 2010. Antes de comenzar la entrevista familiar se revisó el documento de consentimiento informado con todos los involucrados y se aplicó el Inventario de Depresión de Beck al adolescente (BDI-II).

Posteriormente se llevó a cabo la entrevista propiamente tal, instancia en que además se realizaron las preguntas conducentes a la confección del diagrama familiar. La jornada finalizó con la aplicación del cuestionario FACES III. La segunda entrevista involucró al adolescente, mientras que la tercera fue realizada con los miembros del subsistema parental en conjunto, en el caso de los matrimonios, y por separado en el caso de la familia en que participó la abuela. Mientras la primera entrevista tuvo una duración aproximada de 120 minutos, las restantes oscilaron entre los 45 y los 60 minutos. El registro de cada entrevista se realizó mediante grabación de audio.

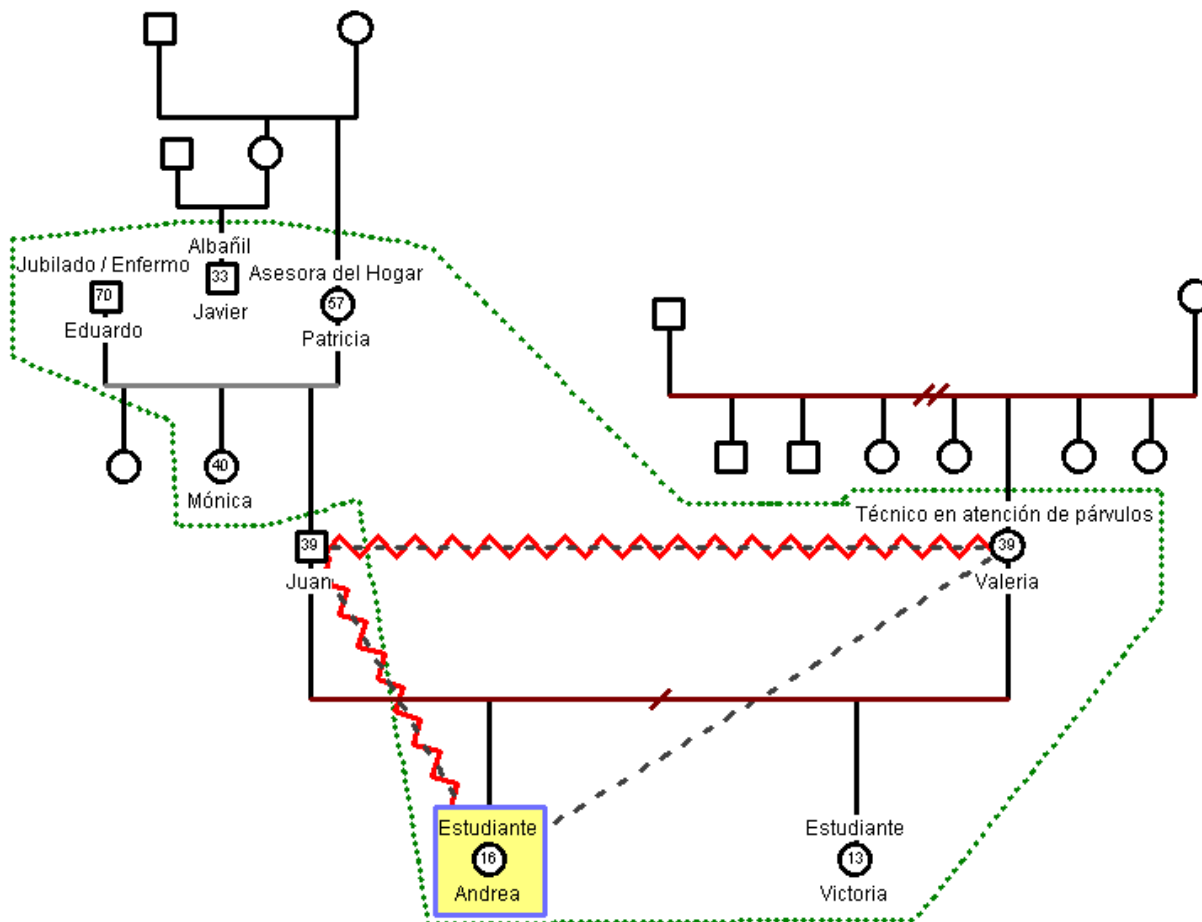
7. Posteriormente se procedió a la transcripción de las entrevistas, las cuales fueron analizadas e interpretadas mediante el método de análisis de contenido. De forma simultánea se procedió a revisar el cuestionario FACES III y a dibujar los diagramas familiares.

8. Para la segunda semana de enero se habían realizado todas las devoluciones de información a las familias, la cual consistió en una copia de la transcripción de la entrevista familiar para cada participante, en la entrega de un informe y en la derivación del caso para un adecuado tratamiento en coordinación con el psicólogo del establecimiento educacional. En el caso de las 2 familias atendidas en el consultorio del Servicio de Salud Occidente se procedió de manera relativamente similar, aunque aquellas no consideraron necesario que se les hiciera entrega de un informe ni que se gestionara derivación alguna del caso.

9. Finalmente y luego de realizado el análisis, supervisado por el profesor tutor y la metodóloga, se procedió a la articulación del manuscrito final.

## 4.7. PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

### a. Familia de Andrea



La paciente índice se llama Andrea, tiene 16 años y cursa tercero medio. En la actualidad habita en compañía de su madre, hermana, abuelo paterno, abuela paterna, tía paterna y primo paterno.

La madre, Valeria, tiene 39 años y se desempeña como técnico en atención de párvulos en un jardín infantil. La hermana, Victoria, tiene 13 años y asiste al colegio. El abuelo paterno, Eduardo, tiene 70 años y está jubilado. Actualmente padece una enfermedad que lo mantiene en reposo, la cual, al momento de las entrevistas, no poseía un diagnóstico definitivo por parte del equipo médico tratante, aunque se pensaba en la posibilidad de un cáncer. La abuela paterna, Patricia, tiene 57 años y se desempeña como asesora del hogar. La tía paterna, Mónica, tiene 40 años, mientras que el primo paterno, Javier, tiene 33 y se

desempeña como albañil. Por su parte, el padre de la adolescente, Juan de 39 años, dejó de vivir en dicha casa tras separarse de Valeria. Esta separación se habría producido como consecuencia de una infidelidad por parte de él.

Durante las entrevistas, Andrea señaló sentirse distanciada de quienes viven en su casa. Además planteó que tras la separación de sus padres, la relación con su progenitor se ha deteriorado progresivamente, caracterizándose por altercados, pero sobre todo por distanciamiento. En este sentido, se refirió a él con mucho resentimiento y desconfianza a lo largo de las entrevistas. Por su parte, la relación con su madre también se ha deteriorado debido a que en la actualidad tienen pocos espacios de intimidad y comunicación. Finalmente, si bien la relación con su hermana es cordial, no llega a constituirse en una relación unida.

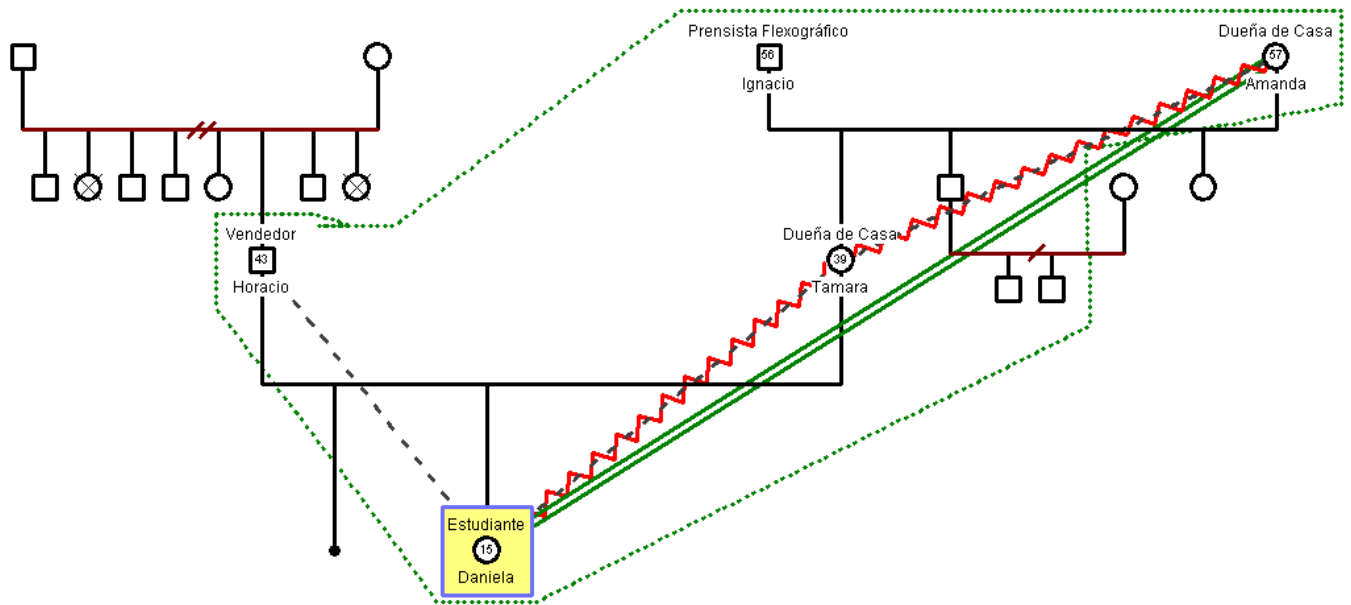
El subsistema conyugal se ha disuelto en varias ocasiones para luego reconstituirse, encontrándose disuelto en el momento actual. De esta forma, las tensiones producidas en el subsistema conyugal/parental habrían ocasionado un importante monto de ansiedad en el subsistema filial, lo que se tradujo en un aumento de la sintomatología de Andrea. En directa relación con lo anterior, la disolución de la pareja parental junto con el ulterior alejamiento del padre de Andrea, produjo que la madre tuviera que adoptar las atribuciones parentales que en el pasado recaían sobre el padre, lo que a su vez originó una sobrecarga para la madre, en todo aquello que compete al cuidado de Andrea y Victoria.

A partir de la aplicación de los instrumentos psicométricos (BDI-II: 32 puntos) y de la información recabada durante las entrevistas, se pudo establecer que Andrea presenta un síndrome depresivo que posee las siguientes características:

- Un estado de ánimo decaído, el cual se presentaría de esta forma durante la mayor parte del tiempo.
- Desde el espectro ansioso, la paciente presenta tricotilomanía.
- Por otra parte, se pudo constatar también una falta de interés por aquellas actividades que le suscitaban interés en el pasado, así como también una importante baja en sus niveles de energía, lo que se vería reflejado en una baja en el apetito, un aumento del sueño y en una importante falta de concentración.
- De forma consistente con lo anterior, también refirió sentir intensos sentimientos de culpa, fracaso y poca valía de sí misma.

- En último lugar, se pudo constatar la presencia de ideación suicida en la paciente, existiendo en el pasado un intento efectivo de llevar a cabo tal inclinación.

b. Familia de Daniela



La paciente índice se llama Daniela, tiene 15 años y cursa primero medio. En la actualidad habita en compañía de su padre, madre, abuelos maternos, tío materno y los dos hijos de este último.

El padre, Horacio, tiene 43 años y se desempeña como empleado en una empresa de cosméticos. La madre se llama Tamara, tiene 39 años y trabaja como funcionaria de una empresa de correos. Daniela y su familia nuclear viven en la casa de sus abuelos maternos debido a que se encuentran en el proceso de postulación a una vivienda.

Daniela posee una relación distante con su padre, señalando que existe falta de comunicación y de confianza. De la misma manera, Horacio indica que el vínculo con su hija es lejano y que los momentos que comparte con ella se focalizan en bromear sobre diversos temas. En cuanto a su madre, la joven describe tener un vínculo distante y conflictivo, en la medida que no existe la comunicación ni la confianza adecuada para poder dialogar sobre sus asuntos personales con ella. También indicó sentirse manipulada por su madre, quien la usaría de intermediaria para obtener cosas (por ejemplo, compras en el supermercado) por parte de

Horacio. Desde su perspectiva, Tamara describe la relación con su hija como lejana y compleja, debido a su ausencia por motivos laborales y a las constantes discusiones entre ambas.

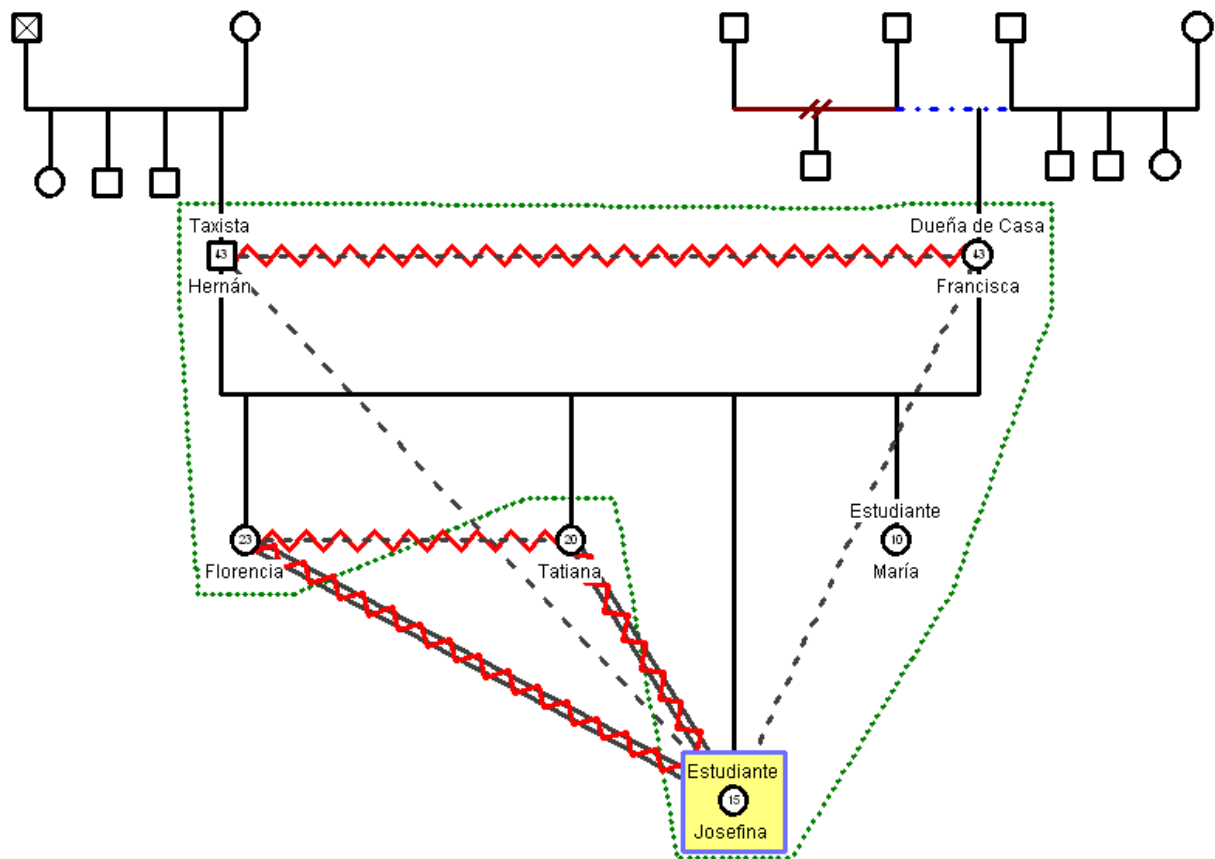
En líneas generales, Daniela describe la relación con sus padres como distante y con escasa comunicación. En contraste señala como figura significativa a su abuela materna, indicando que ha sido ella la encargada de cuidarla mientras sus padres han trabajado; por ende le atribuye un lugar importante en el subsistema parental. La joven describe la relación con su abuela como cercana emocionalmente, con alto grado de confianza y comunicación. Respecto a ello, Tamara indica estar agradecida por la ayuda prestada por Amanda, aunque molesta por su excesiva intromisión. Desde su perspectiva, Amanda no la deja actuar ni desempeñarse apropiadamente en su función de madre de Daniela. Así la relación entre la madre y abuela de la adolescente estaría caracterizada por la hostilidad y el distanciamiento.

Daniela describe la relación entre sus padres como conflictiva y distante, debido a las discusiones que ocurren entre ambos. De la misma manera, ambos padres indican que su relación conyugal es lejana y compleja. Tamara lo atribuye a la falta de espacios comunes para compartir con su pareja y a que Horacio le dedica tiempo excesivo a su familia de origen (padres y hermanos). Horacio, en tanto, indica que la relación con su esposa es lejana y compleja, debido a que confía poco en ella y a la serie de discusiones que suelen sostener por temas económicos.

A partir de la aplicación de los instrumentos psicométricos (BDI-II: 39 puntos) y de la información recabada durante las entrevistas, se pudo establecer que Daniela presenta un síndrome depresivo que posee las siguientes características:

- Un estado de ánimo decaído, el cual se presentaría de esta forma durante la mayor parte del tiempo.
- Por otra parte, se pudo constatar la presencia de llanto permanente y aparentemente inmotivado, así como una importante baja en sus niveles de energía, lo que se vería reflejado en un aumento del sueño y en una permanente sensación de fatiga.
- De forma consistente con lo anterior, también refirió sentir intensos sentimientos de culpa, fracaso y poca valía de sí misma.
- En último lugar, se pudo constatar la presencia de ideación suicida en la paciente, aunque no han existido intentos efectivos de llevar a cabo tal inclinación.

c. Familia de Josefina



La paciente índice se llama Josefina, tiene 15 años y cursa segundo medio. En la actualidad habita en compañía de su padre, madre y hermanas.

Su padre, Hernán de 43 años, se desempeña en la actualidad como taxista, trabajo que llegó a ocupar luego de estar cesante por un tiempo. Su madre, Francisca de 43 años, se desempeña como comerciante en una feria que se ubica cerca del hogar de la familia y como dueña de casa. Las dos hermanas mayores, Florencia y Tatiana, tienen 23 y 20 años respectivamente. Florencia estudia la carrera de técnico en enfermería y Tatiana se está preparando para estudiar educación física. La hermana menor de Josefina, María de 13 años, asiste al mismo colegio que ella.

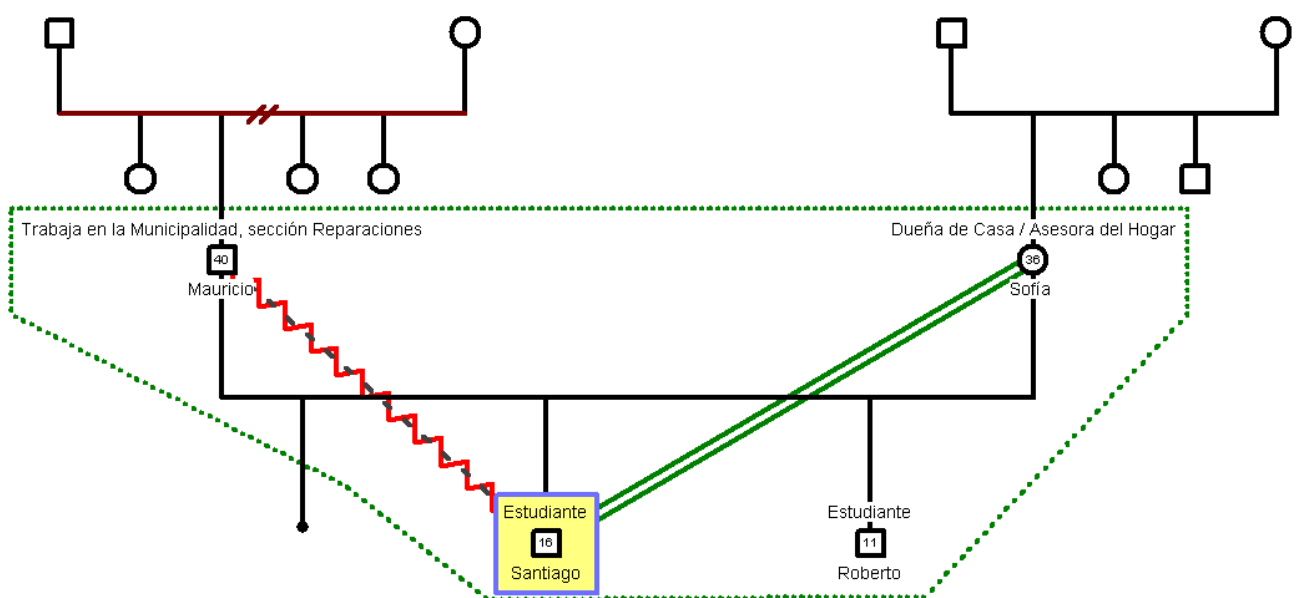
En términos del subsistema conyugal/parental, este se presentó de forma muy conflictiva en las entrevistas, existiendo problemas maritales de importante consideración. Algunos de ellos guardan relación con cambios acontecidos en el pasado, cuando el padre de familia perdió su trabajo y la responsabilidad económica de la familia tuvo que ser compartida con la madre.

En términos del subsistema fraterno, las relaciones al interior de éste se presentaron particularmente complejas. En este sentido, se pudo apreciar con claridad una rivalidad entre las dos hermanas mayores, Florencia y Tatiana. En dicha rivalidad, se pudo apreciar cómo ambas hermanas buscan aliarse con Josefina, la que manifestó sentirse muy agobiada por dicha situación. Por otra parte, frente a los conflictos presentes en la dinámica familiar, Josefina ha adoptado un rol parental frente a su hermana menor, a la cual siente que debe proteger del impacto de los conflictos entre sus padres.

A partir de la aplicación de los instrumentos psicométricos (BDI-II: 25 puntos) y de la información recabada durante las entrevistas, se pudo establecer que Josefina presenta un síndrome depresivo que posee las siguientes características:

- Un estado de ánimo decaído, el cual se presentaría durante la mayor parte del tiempo.
- Una falta de interés por aquellas actividades que le suscitaban interés a la adolescente en el pasado, así como también una importante baja en sus niveles de energía, lo que se vería reflejado en un aumento del sueño y en falta de concentración.
- De forma consistente con lo anterior, refirió sentir intensos sentimientos de culpa, fracaso y poca valía de sí misma.
- En último lugar, se pudo constatar la presencia de ideación suicida, sin que hayan mediado intentos claros y efectivos de llevar a cabo tal inclinación.

d. Familia de Santiago





El paciente índice se llama Santiago, tiene 16 años y cursa segundo medio. En la actualidad habita en compañía de su padre, madre y hermano.

El padre, Mauricio, tiene 40 años y trabaja como empleado público en la unidad de 'Reparaciones y Emergencias' de una municipalidad. La madre del paciente, Sofía, tiene 36 años y se desempeña como asesora del hogar. Finalmente el hermano, Roberto, tiene 11 años y cursa quinto año básico.

Santiago posee una relación distante y conflictiva con su padre. Indica que ello se debe, por una parte, a la lejanía física que tuvieron en una época en que el padre debía trabajar mucho. Por otro lado manifiesta que dicha distancia se acentuó como consecuencia de las constantes discusiones que ocurren entre ambos, en torno a la restricción de los permisos de salida y a las diferencias de opiniones respecto a las exigencias escolares. El padre concuerda con dicha descripción, agregando que existe falta de comunicación entre ambos, y que no ha logrado acercarse a su hijo. Mauricio señala que existen discusiones en torno a los permisos y diferencias de opiniones en cuanto a las demandas escolares, en tanto es él quien se encarga de definir las reglas respecto a dichas temáticas y de aplicar los castigos cuando estas normas son vulneradas. En relación con lo anterior, Mauricio menciona que dicho estilo parental rígido y estricto, es heredado de su propia experiencia como hijo. Ambos padres señalan estar conscientes de los altos niveles de presión a los cuales exponen a sus hijos, en cuanto a sus calificaciones y disciplina, y lo relacionan en parte al estado emocional actual de Santiago.

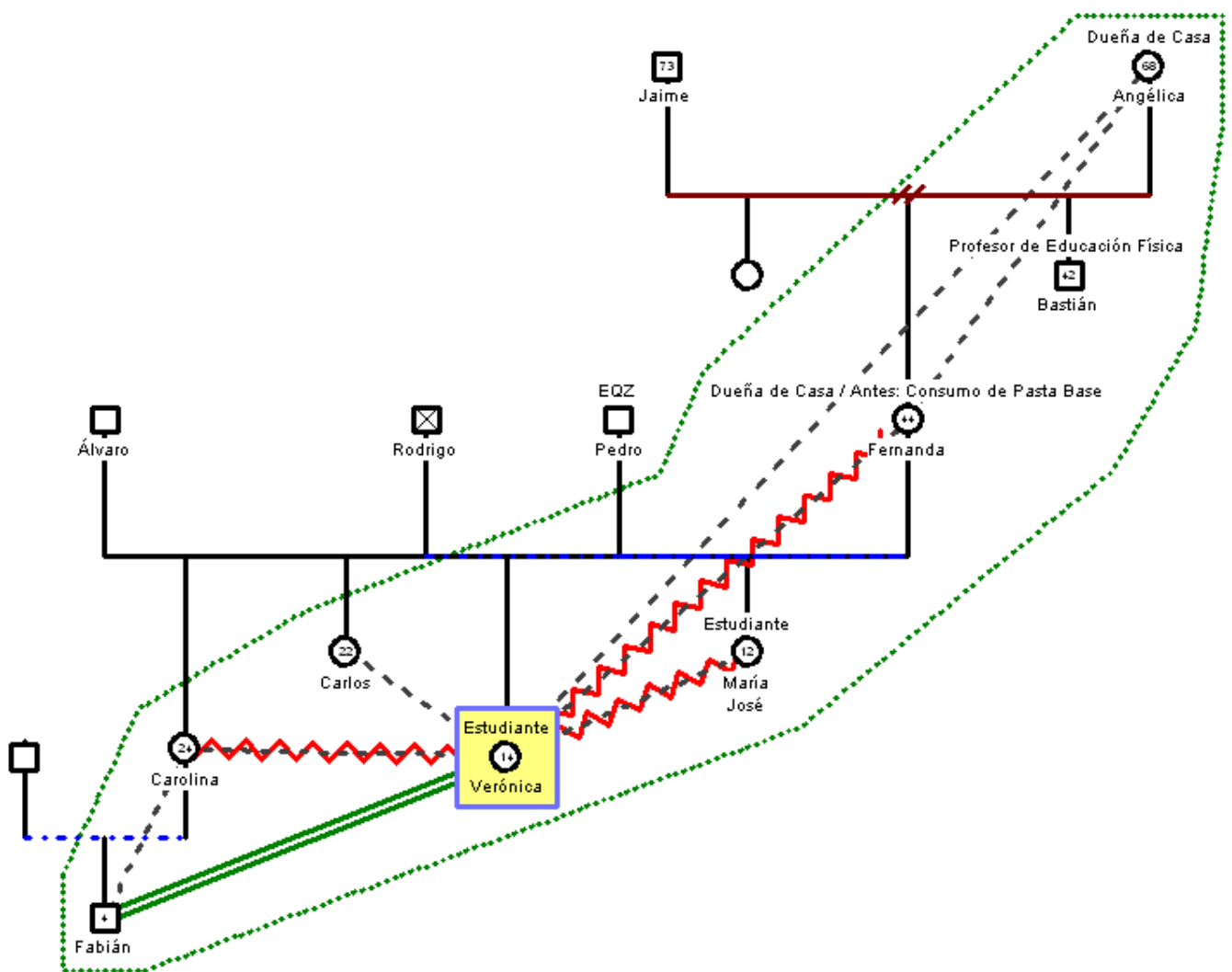
En cuanto a la relación con su madre, Santiago indica que existe comunicación y confianza, lo cual le permite discutir sobre temas triviales o consultar sobre temáticas relacionadas con las relaciones de pareja o el desarrollo sexual. La madre señala, de manera similar, que existe una convivencia positiva entre ambos.

La relación de Santiago con su hermano es señalada como positiva, en tanto el joven plantea que pueden compartir algunos espacios e intereses comunes. Sin embargo, señala que cuando Roberto se molesta con él o con otro miembro familiar, prefiere ignorarlo para evitar conflictos, pues aquel suele reaccionar de manera agresiva.

A partir de la aplicación de los instrumentos psicométricos (BDI-II: 28 puntos) y de la información recabada durante las entrevistas, se estableció que Santiago presenta un síndrome depresivo que posee las siguientes características:

- Un estado de ánimo decaído, el cual se presentaría durante la mayor parte del tiempo.
- Presencia de irritabilidad y fatiga, así como de un decaimiento en la tasa de interés actual por aquellas actividades que le suscitaban interés en el pasado.
- Una importante baja en sus niveles de energía, lo que se vería reflejado en un leve enlentecimiento a nivel psicomotor y del pensamiento.
- Por último, no se apreció ni ideación de muerte ni suicida.

e. Familia de Verónica



La paciente índice se llama Verónica, tiene 14 años y cursa primero medio. En la actualidad habita en compañía de su madre, hermanos, sobrino, abuela materna y tío materno.

Su madre, Fernanda, tiene 47 años, se encuentra cesante y señala estar en tratamiento por depresión. Angélica, su abuela materna, tiene 68 años y se desempeña como dueña de casa y jefa de hogar. Bastián, su tío materno, tiene 42 años y es profesor de educación física. La hermana mayor se llama Carolina y tiene 24 años, quien a su vez es madre de Fabián de 4 años de edad. Quien le sigue en la fratría se llama Carlos y tiene 22. La hermana menor lleva por nombre María José y tiene 12 años. Verónica nunca conoció a su padre, Rodrigo, debido a que aquel falleció meses antes de que ella naciera. Actualmente no tiene contacto con ningún miembro de su familia paterna.

Verónica vive desde los 4 años en casa de su abuela, debido a que su madre habría ejercido de forma negligente la función materna durante la mayor parte de su desarrollo. La ausencia de Fernanda en la crianza de su hija, tuvo relación con los conflictos que presentaba en torno a sus relaciones de pareja, inestabilidad laboral, y abuso de sustancias. En este sentido la figura parental más significativa para la joven es su abuela, a quien Verónica atribuye el rol de madre. No obstante ambas reportaron sentir un cariño mutuo, durante el último año, reportaron que el vínculo se ha distanciado debido a la falta de diálogo y a las diferencias de opiniones que presentan frente a múltiples temas.

Respecto de su madre, la joven señala que en la actualidad se están relacionando mejor. Sin embargo, manifiesta gran resentimiento y rabia hacia Fernanda, a causa de su ausencia. Fernanda señala, de similar forma, que la relación con Verónica ha sido distante y compleja, y que ha percibido el rencor de su hija. Sin embargo, manifiesta que en los últimos meses se ha empezado a construir un lazo de amistad.

Respecto de los vínculos filiales, en general, Verónica manifiesta sentirse aislada y distante de sus hermanos, en la medida que poseen baja comunicación y escasos intereses comunes entre ellos. Además señala que la vinculación con María José es distante y conflictiva, en la medida que entablan constantes discusiones y disputas. Eso también acontece en la relación con Carolina, a quien considera descuidada y desprolija en el cuidado de su sobrino Fabián. Verónica comenta que la relación con su sobrino es positiva, al punto de que en ocasiones ha cuidado de él, como consecuencia de lo que ella considera acciones negligentes por parte de Carolina.

En cuanto a otros vínculos relevantes existentes entre los miembros de la familia, se puede mencionar la relación entre Angélica y Fernanda. Aquella ha sido descrita por ambas como distante. Fernanda indica que la relación con su madre fue lejana desde la infancia, con baja comunicación y confianza. Al respecto, Angélica señala que su relación con Fernanda estuvo marcada por los conflictos provenientes de las relaciones de pareja y consumo de sustancias de esta última. En la actualidad, dicho vínculo ha mejorado un poco.

A partir de la aplicación de los instrumentos psicométricos (BDI-II: 39 puntos) y de la información recabada durante las entrevistas, se pudo establecer que Verónica presenta un síndrome depresivo que posee las siguientes características:

- Un estado de ánimo decaído, el cual se presentaría de esta forma durante la mayor parte del tiempo.
- Presencia de llanto permanente y aparentemente inmotivado, así como una importante baja en sus niveles de energía, lo que se vería reflejado en un aumento del sueño y en una permanente sensación de fatiga.
- Además, la paciente señaló sentirse inapetente, sensación que la ha llevado a no comer prácticamente nada.
- Intensos sentimientos de culpa, fracaso y poca valía de sí misma.
- En último lugar, se pudo constatar la presencia de ideación suicida en la paciente, aunque no han existido intentos efectivos de llevar a cabo tal inclinación.

#### **4.8. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La revisión de la información recabada se llevó a cabo mediante el método de análisis de contenido categorial. Esta metodología permitió profundizar en la naturaleza de los contenidos de la comunicación oral (transcrita para efectos de ser analizada), y posibilitó la generación de categorías que facilitaron la realización de interpretaciones. Las clasificaciones y categorías que se construyeron desde la información producida a través de los distintos instrumentos utilizados en este estudio, posteriormente fueron profundizadas y complejizadas desde los supuestos teóricos que enmarcan la presente investigación.

El método de análisis de contenido es un estudio disciplinado de la información, durante el cual es indispensable prestar una permanente atención a los objetivos de la

investigación. Es posible dividirlo en 3 partes: la preparación de los datos, la formalización y la interpretación de los datos.

La **preparación de los datos** involucró la organización y disposición de los componentes de un modo que facilitara el posterior ordenamiento coherente de la información. Esto resultó primordial debido a la amplia cantidad de material que se manejó en esta investigación. Durante **la formalización**, la información obtenida fue revisada y leída acuciosamente. A lo largo de dicha labor, se crearon etiquetas y rótulos que calificaron algunos temas o tópicos relevantes. La repetición de los tópicos llevó a la identificación de categorías de análisis, las cuales permitieron sintetizar aquellas expresiones de la realidad observada que se manifestaron con recurrencia. Las categorías representan “una forma de juicio expresada como síntesis de las diversas manifestaciones de la realidad observada que se dan de manera recurrente, es decir, que se repiten de manera constante en la mayoría de los registros” (Prieto, 2001), y constituyen el sostén sobre los cuales se edificó el análisis de la información.

Finalmente, la **interpretación de los datos** supuso detectar las relaciones, consistencias e inconsistencias, presentes entre los distintos elementos de la información. Implicó también un cuestionamiento de la realidad, con miras a develar lo que subyace y no es aparente a primera vista. El análisis sistemático y permanente de las unidades seleccionadas sirvió para apoyar o modificar la construcción hipotética inicial, perpetrándose una comparación de los casos examinados con el planteamiento investigativo estipulado en el momento anterior a la recolección de información. Aquello llevó a la modificación del planteamiento hipotético original en virtud de la consideración de contraejemplos y preguntas sobre las causas posiblemente asociadas a los datos obtenidos, así como gracias a la valoración de las dudas y lagunas emanadas desde los datos. La relectura de textos teóricos facilitó la redefinición, desglose y afinamiento de las categorías seleccionadas, alcanzándose un estadio de descripción analítica donde fue posible ordenar las categorías, procesos y relaciones establecidas entre ellas. Finalmente es importante consignar que durante este proceso, la técnica de triangulación, realizada al considerar las opiniones de los diferentes miembros de la familia participantes, resultó efectiva para contrastar la información (Prieto, 2001).

#### **4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Durante el curso de la presente investigación, los sujetos participantes expusieron aspectos de su vida privada, en tanto individuos y en tanto familia.

Dado tal escenario, tres aspectos fueron considerados para manejar con cautela la información. En primer lugar, se resguardó la confidencialidad de las identidades y de los datos otorgados. Es así como los nombres de los sujetos han sido modificados durante la confección del manuscrito. En segundo lugar, se informó a las familias sobre las características básicas de la investigación, de modo que estuvieran al tanto de todas las características del procedimiento. En tercer lugar, se respetó el derecho de los integrantes de las familias a no hacer referencia a alguna temática específica, sin importar la motivación que fundamentara el ejercicio de ese derecho. Todo aquello se concretó mediante un documento de consentimiento informado.

## **5. RESULTADOS**

A lo largo del presente apartado se exponen los resultados del cuestionario FACES-III, así como las 2 categorías obtenidas mediante la revisión y análisis de las entrevistas familiares, individuales y parentales. Primero, se da a conocer la categoría denominada ‘ciclo del aislamiento’, la cual da cuenta de los múltiples componentes relacionales que generan la sensación de aislamiento en el adolescente, y el consecuente distanciamiento entre él y sus figuras parentales debido a la falta de espacios de comunicación e intimidad. En un segundo momento se plantea la categoría intitulada “disyunción y conflicto familiar”, la cual traduce las diversas clases de desavenencias y cismas existentes al interior de algunos subsistemas familiares. Finalmente se realiza una integración de ambas categorías en miras a la producción de un modelo comprensivo global del fenómeno.

### **5.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO FACES III**

Respecto a la variable cohesión los resultados fueron los siguientes:

- 2 adolescentes calificaron la cohesión familiar como ‘desligada’ y 3 la evaluaron como ‘separada’.
- 3 figuras parentales calificaron la cohesión familiar como ‘desligada’, 2 como ‘separada’, 2 como ‘conectada’ y 2 como ‘amalgamada’.

Por su parte, respecto a la variable adaptabilidad los resultados fueron los siguientes:

- 3 adolescentes calificaron la adaptabilidad familiar como ‘rígida’, 1 como ‘estructurada’ y 1 como ‘caótica’
- 4 figuras parentales calificaron la adaptabilidad familiar como ‘rígida’, 1 como ‘estructurada’, 1 como ‘flexible’ y 3 como ‘caótica’.

De estos resultados pueden obtenerse, principalmente, 3 conclusiones. En primer lugar, los adolescentes coincidieron en catalogar a sus familias como próximas o cercanas al polo del desligamiento (2 desligadas más 3 separadas), en lo que respecta a la cohesión. En segundo lugar, los adolescentes tendieron a catalogar a sus familias como próximas o cercanas al polo de la rigidez (3 rígidas más 1 estructurada), en lo que respecta a la

adaptabilidad. En tercer lugar, los padres no demostraron ni exhibieron ninguna tendencia respecto a las variables de cohesión y rigidez.

Tabla 4: Resultados de la aplicación del cuestionario FACES III

Características del muestreo			
Andrea	<b>Adolescente</b>	<b>C 32</b>	<b>Separada</b>
		A 26	Estructurada
	Mamá	C 40	Conectada
		A 36	Caótica
Daniela	<b>Adolescente</b>	<b>C 23</b>	<b>Desligada</b>
		A 21	Rígida
	Mamá	C 20	Desligada
		A 13	Rígida
	Papá	C 23	Desligada
		A 18	Rígida
Josefina	<b>Adolescente</b>	<b>C 36</b>	<b>Separada</b>
		A 37	Caótica
	Mamá	C 45	Amalgamada
		A 34	Caótica
	Papá	C 45	Amalgamada
		A 24	Estructurada
Santiago	<b>Adolescente</b>	<b>C 34</b>	<b>Separada</b>
		A 19	Rígida
	Mamá	C 32	Separada
		A 19	Rígida
	Papá	C 40	Conectada
		A 15	Rígida
Verónica	<b>Adolescente</b>	<b>C 20</b>	<b>Desligada</b>
		A 18	Rígida
	Mamá	C 30	Desligada
		A 31	Flexible
	Abuela	C 34	Separada
		A 34	Caótica

## 5.2. ANÁLISIS CATEGORIAL

### 5.2.1. CICLO DEL AISLAMIENTO

Esta categoría alude a las pautas transaccionales (Minuchin, 1986) que favorecen el distanciamiento del adolescente respecto a sus figuras parentales. El supuesto detrás de esta formulación es que las interacciones entre los miembros de un sistema familiar se articulan al modo de una secuencia (Haley, 1997), siguiendo la vinculación propuesta por el modelo cibernético de causalidad circular (Segal, 1994; Watzlawick, 1988). Así, las interacciones son abordadas como pertenecientes a un ciclo de eventos, donde cada conducta asume un papel complementario respecto a las demás (Minuchin & Fishman, 2004), propiciándose durante dicho proceso el mantenimiento de cada uno de los componentes involucrados.



Como punto de partida, sin obviar la arbitrariedad inherente a cualquier acto de puntuación de una secuencia (Bateson, 2006; Keeney, 1987), se ha optado por la percepción de aislamiento experimentada por el adolescente. Durante las entrevistas, los jóvenes señalaron sentirse solos e inclinados a no compartir sus impresiones y sentimientos, lo que resulta coherente con la identificación del aislamiento y retraimiento como manifestaciones habituales del síndrome depresivo durante la adolescencia (APA, 2002; Ministerio de Salud, 2008).

*Josefina: “Las cosas que realmente siento o pienso me las guardo para mí. Las dejo en mí, y cuando llega un momento en que ya no doy más, ahí me pongo mal. Me pongo triste y ahí me bajoneo”.*

*Verónica: “Me empecé a sentir sola, insegura, me daba vergüenza, me tenía mala, no me quería mirar al espejo, ya no quería salir, no quería que la gente me viera”.*

*Santiago: “Donde me baja el ánimo, de repente bajo las notas o no tomo en cuenta a nadie”.*

*Entrevistador: ¿A qué te refieres con ‘no tomo en cuenta a nadie’?*

*Santiago: “Como que me aíso, me cierro. Me siento, me acomodo y vivo mi mundo”.*

Aunque la sensación de aislamiento parece generalizarse y afectar los vínculos familiares y extrafamiliares de los adolescentes, estos últimos indicaron sostener al menos una relación extrafamiliar de confianza (amigo o pareja). Por otra parte, si bien la mayoría de los jóvenes señaló sentirse distanciado de quienes componían el subsistema parental de su familia, Santiago indicó estar alejado de su padre pero satisfecho del vínculo con su madre, mientras que Daniela advirtió sentirse distanciada de sus progenitores pero cercana a su abuela materna.

*Andrea: “Antes estaba todo el día en la casa con mi familia. Compartíamos el desayuno, el almuerzo, todo. Ahora no. Me encierro en mi pieza y en el computador, y ese es mi mundo”.*

*Entrevistador: ¿Cómo dirías que son ustedes como familia?*

**Daniela:** *“Desunidos, totalmente desunidos. Porque no hay confianza. Mi mamá dice: ‘yo quiero ser más que tu amiga’. Pero cuando uno le cuenta algo, ella se lo dice a mi papá. Mi papá igual no lo toma mucho en cuenta, pero mi mamá es como: ‘ay, no te quiero ver aquí’. Cada cosa que le cuento, me reta. Entonces, prefiero no contárselo”.*

4 de los 5 adolescentes buscaron ocultar, en un primer instante, de sus familiares y cercanos, la sintomatología depresiva que estaban experimentando. A pesar de que terminaron compartiendo referencias sobre su estado anímico con miembros de su grupo de pares, y sólo en escasas oportunidades con integrantes de su familia, lo hicieron debido a la dificultad de continuar reteniendo la información.

**Andrea:** *“Trato de evitar mis emociones. Por ejemplo, si yo quiero llorar, no lloro delante de mi familia o delante de alguna persona. Con la única que he llorado es con mi amiga, pero es porque ya no doy más”.*

**Santiago:** *“Yo normalmente oculto lo que siento. Siempre parezco que estoy feliz, pero de repente me da el bajón. Estoy sentado y quieto, y me preguntan: ‘¿qué te pasa?’ y digo: ‘nada’”.*

**Verónica:** *“Yo estoy muy cansada y quiero llorar todo el día ¿Qué puedo hacer con eso? Nada, si ya me cansé de intentar ocultar que lloro y que estoy cansada”.*

En ciertos casos, como contrapartida del intento de ocultamiento, la sintomatología depresiva del adolescente pareció ser invisible a ojos del adulto. De este modo, algunas figuras parentales dijeron desconocer las sensaciones que aquejaban a los jóvenes, declarándose incluso sorprendidos de que pudieran estar experimentando síntomas depresivos.

**Mauricio (el padre):** *“Yo no veía en serio que Santiago estuviera con depresión... No he visto las señales que digan: ‘papá, ayúdame’ o ‘te necesito’. No las he visto, no me he dedicado a mirarlas”.*

**Francisca (la madre):** *“Porque yo no la notaba depresiva. Es verdad, si bien hay peleas en la casa, que nosotros nos llevamos muy mal y todo, pero no notaba como que a ella le*

*afectara mucho. Es que ella vive como en su mundo: la iglesia, el colegio y eso es todo. Entonces, no la veía como que le afectara tanto. Siempre la veo riéndose, jugando. Como que de repente la veo como muy seria, pero muy rara vez. No sé por qué... como para decir que estaba con depresión”.*

Es importante señalar que, en una oportunidad, este fenómeno de invisibilidad fue más allá de la falta de percepción de los síntomas, involucrando a la presencia del adolescente al interior de la familia.

*Francisca (la madre): “Entonces, a veces, se me olvidaba que la Josefina existía porque era más piola, calladita”.*

El intento de ocultar la sintomatología depresiva respondería al propósito de no preocupar a los demás, en particular a quienes desempeñan la función parental. El adolescente parece considerar que la condición de conflicto y desencuentro que envuelve a su familia, aspecto que se abordará en la segunda categoría, no da cabida a la exposición de sus propias preocupaciones. De esta forma, al estimar que el acto de develar los síntomas a sus figuras parentales implica abrumarlas y sobrecargarlas, descarta la posibilidad de buscar ayuda a través de ellas.

*Andrea: “Es que yo pienso que llorar es dar un problema más. Decir: ‘pucha, ella está triste y tenemos que ayudarla’. No sé, tampoco me gusta llorar frente a mi familia porque siento que, donde se fue mi papá, yo soy la que tiene que estar ahí y no llorar porque todos lloran, todos se lamentan; y a mí no me gusta hacer eso”.*

*Valeria (la madre): “Andrea se siente muy cómplice de todos los problemas. No quiere darme problemas. A lo mejor ella no quiere que yo la vea llorar, que yo sienta que está sufriendo”.*

*Josefina: “Una, es para no darles problemas porque a lo mejor hay problemas más difíciles que los míos. Deben preocuparse de otras cosas, en vez de los míos. Y otra, porque a lo mejor no me he dado el tiempo de conversar bien con ellos. Aunque sí me gustaría, no me he dado el tiempo. He conversado con una hermana de la Iglesia y ella dice que me ayuden*

*en esto. Me dice: ‘Josefina, habla con ellos’. Y como que yo voy, pero no puedo. Es por la confianza yo creo”.*

*Hernán (el padre): “A lo mejor no nos quiere contar las cosas para... a lo mejor pensará: ‘si les cuento mis problemas los voy a llenar más con los problemas que tienen””.*

*Verónica: “Y si yo tenía que llorar, lloraba con mis amigas porque me cargaba ver preocupada a mi abuela. No le contaba ni un problema, le contaba todo lo bueno que me pasaba. (También le hablaba de) peleas con los profesores o algo que había reclamado a los profesores; esas cuestiones le contaba para que no creyera que mi vida era perfecta. Pero, un problema que me hiciera llorar y estuviera mal, no. Yo lloraba todos los días, pero en el colegio con mis amigas”.*

Tras oír las observaciones de los adolescentes durante el transcurso de las entrevistas familiares, algunos padres repararon en que era menester que los jóvenes compartieran sus pensamientos y emociones con ellos. De esta forma podrían recibir consejo, orientación o ayuda en el enfrentamiento de sus contrariedades, al mismo tiempo que verían reducida la sensación de distanciamiento que suelen experimentar.

*Hernán (el padre): “Josefina tiene que contar con uno, contar con nosotros, conversar. Si tiene algún problema, conversarlo porque siempre uno como papá la va a aconsejar bien. Nunca la voy a aconsejar mal... y que tenga más confianza, sobre todo con su mamá. Siempre entre mujeres es más cercano. Que tenga confianza, que le comente sus problemas a ella, a mí o a su hermana Tatiana. Tiene que expresar sus dudas”.*

A pesar que la preocupación manifestada por los padres puede instituirse como el primer paso para la generación de un cambio, la estrategia de enfrentamiento del problema propuesta por algunos de ellos encubre una apelación a la voluntad del adolescente. De este modo, se desconsideran los factores que pudieran estar propiciando el establecimiento de dicha pauta transaccional entre ellos y sus hijos. Sólo uno de los padres fue capaz de percibir este aspecto a lo largo de las entrevistas familiares.

*Mauricio (el padre): “A mí me falta escuchar a Santiago. Que me diga: ‘me siento mal’. Porque uno, a veces, piensa que están bien, porque uno dice que lógicamente deberían ser*

*felices. Pero la lógica no tiene lógica. Ahora estoy entendiendo un poco más, y yo también quiero que me entiendan”.*

Así, la decisión de no compartir las apreciaciones sobre sus padecimientos no constituiría una mera falta de voluntad del adolescente, sino que respondería a múltiples características involucradas en los intercambios entre ellos y sus figuras parentales. Entre las razones intervinientes identificadas, se encuentran la percepción de falta de empatía y comprensión, la falta de confianza y la falta de comunicación.

La percepción de falta de empatía y comprensión fue advertida de doble manera. La perspectiva directa recoge las frases proferidas por algunos de los adolescentes entrevistados, quienes indicaron sentirse poco apoyados o comprendidos por sus padres. De esta forma, al evaluar que sus comentarios no eran acogidos, correspondieran estos a gustos o inquietudes, optaron por reservarlos y guardarlos para sí mismos.

*Santiago: “Me da lata el hecho de que no se toma en serio las cosas. Uno le pone importancia y todo, para que otra persona diga: ‘ah, ya’, y no le tome importancia a lo que uno está diciendo. Da como lata y molestia”.*

*Entrevistador: ¿Crees que eso pasa en la relación con tu papá?*

*Santiago: A veces.*

*Josefina: “No lloro en la casa. No lloro mucho, sino que me da acá. Lloro más aquí, en el colegio. Porque como que no expreso lo que siento en la casa, sino que lo dejo aquí. Aquí me desahogo, por así decirlo, porque sé voy a tener hartito apoyo”.*

*Verónica: “Porque ella (Angélica, la abuela) no me entiende... porque creo que se siente inútil ante esta situación, al no poder hacer nada. Creo que está tratando de refugiarse en lo que yo hago, en lo que yo estoy haciendo... creo que estaba intentando buscar una respuesta a lo que yo tampoco puedo responder, por eso creo que le está echando la culpa a todo”.*

La perspectiva indirecta reúne ideas expresadas por las figuras parentales, de las cuales se desprende un acto de descalificación de las nociones o emociones del adolescente. A pesar de que los tipos de descrédito versan sobre distintas materias, tales como adjudicar la

experiencia del síndrome depresivo a un proceso normal de la adolescencia (Micucci, 2005; Krauskopf, 2000) o calificar de incomprensible y carente de justificación algún comentario, comparten entre sí una subestimación de la representación de la realidad hecha por el adolescente.

*Mauricio (el padre): “Yo sé que algo le pasa porque no lo veo como siempre. Anda enojado, triste. Conversa, otras veces se cierra y no quiere decir nada. Igual eso lo he visto. Para mí, es un poco normal. Entre comillas: ‘es una etapa’”.*

*Angélica (la abuela): “Me deja helada porque dice: “no quiero a nadie, no quiero que nadie entre a mi pieza, no quiero nada, no quiero nada con nadie porque me siento sola. ¿Sentirse sola? ¿Con la casa llena de gente de la familia? ¿Cómo se va a sentir sola!”.*

*Entrevistador: ¿Eso le decía Ud. a Verónica?*

*Angélica: “¡Sí! Le decía: ‘no puede ser, pues’”.*

*Verónica: “Me retaba”.*

*Angélica: “Claro, le decía: ‘no puede ser, por qué no viene y conversa con nosotros. Intégrese al grupo aunque nos llevemos peleando como todas las familias, yo creo”.*

*Hernán (el padre): “La notaba más irritable, la notaba más extraña, más retraída; no como antes. Ahora, como cuando iniciamos la conversación yo le dije que lo asociaba al tema de su etapa natural de crecimiento”.*

*Entrevistador: ¿Cómo cree Ud. que Daniela podría recuperarse de este estado depresivo?*

*Horacio (el padre): “No sé, a mí parecer una buena ‘zunda’ (golpiza), unos buenos palmazos en el trasero como magia. No sé, zamarrearla y decirle: ‘ya, córtala con tu cosa’. No sé, o algo para que salga de ese problema porque no le veo otra solución. Uno a veces la ve llorar y uno le pregunta: ‘oye, ¿qué te pasa?’ Yo le he dicho: ‘sabes, te voy dar una ‘zamarreada’ y ahí te vas a poner a llorar de verdad’. Pero cómo salga, no sé. Yo lo veo difícil”.*

La falta de confianza alude a la desesperanza que embarga a los adolescentes respecto a que sus figuras parentales se comporten de forma acogedora o comprensiva y, por tanto, dudas sobre llegar a generar con ellos un lazo de intimidad.

*Entrevistador: ¿Cómo observas tu situación actual?*

*Daniela: “Mal porque con mis papás hay poca comunicación, no tengo mucha confianza en ellos”.*

*Josefina: “Yo me siento sola porque siento que no tengo mucha confianza con mis papás en contarle mis cosas. Siento que quisiera como una ayuda, algunos consejos de repente (pero) no puedo porque no tengo la confianza suficiente para contarles mis cosas, y ahí es que digo que estoy sola”.*

La falta de comunicación da cuenta de las pocas instancias de dialogar, en términos de tiempo y calidad, que suelen haber entre padres y adolescentes. Esta carencia, expuesta tanto por los jóvenes como por sus figuras parentales, mientras que en múltiples casos fue considerada reciente, en una situación fue reseñada como un patrón permanente y estable a lo largo del tiempo.

*Entrevistador: ¿Cómo describirías la relación con tu mamá?*

*Andrea: “¿Yo con ella? Creo que a lo mejor antes era buena porque hablábamos y cosas así. Pero ahora no. Falta comunicación”.*

*Entrevistador: ¿Por qué crees que ocurre esta falta de comunicación?*

*Andrea: “Yo creo que también por los mismos problemas, yo creo que los problemas han sido lo que ha afectado mi comunicación con mi mamá”.*

*Daniela: “Mi papá llega. Me dice: ‘hola, ¿cómo estás?’; y se va a su pieza. A veces tengo que estar buscándolo. La otra vez, pasó este año eso sí, yo le dije: ‘papá, a veces necesito cosas ¿Tú podrías darme una mesada? Cosas así. Yo tengo que estar detrás de mi papá para que conversemos”.*

*Tamara (la madre): “La falta de comunicación que nosotros tenemos. La gran falta de comunicación que es lo que gatilla todo esto. Yo le converso a Daniela, le digo cosas. Y no, es como que estoy hablándole a la pared. Son cosas que a uno le duelen, porque a ella le busco conversa. ‘Ya, chao’, me dice. Cosas así, yo no sé qué es lo que tiene en contra mía”.*

*Josefina: “La familia se empezó a distanciar, ya no hay mucha comunicación. A diferencia de antes”.*

***Hernán (el padre): “Yo nunca había escuchado a Josefina, nunca la había escuchado expresarse”.***

Si bien el punto de inflexión entre la comunicación fluida y la interacción trabada parece responder a numerosas causas, las cuales englobarían desde problemas económicos hasta la presencia de conflictos conyugales, es reiterativa la influencia del cambio de perspectiva que los individuos reportaron como consecuencia de su entrada a la adolescencia. Aquello concuerda con los postulados de Inhelder & Piaget (1958), quienes plantean que el adolescente adquiere un modo de pensamiento teórico-abstracto que marca una diferencia en cuanto al estilo de pensamiento concreto que caracteriza al período final de la infancia. La habilidad de progresivamente evaluar escenarios futuros, tomar en cuenta distintas posibilidades asociadas a los hechos y razonar mediante categorías abstractas conlleva la facultad de categorizar y relevar nuevas clases de distinciones acerca del mundo y sus circunstancias.

***Andrea: “A lo mejor antes veía todo... a lo mejor ahora me he dado cuenta que en la vida hay altos y bajos. Por ejemplo, la misma separación de mis papás. Yo pensaba que iban a estar juntos, que toda mi vida los iba a ver juntos. Pero no pasó así”.***

***Entrevistador: ¿Qué implicancias tuvo para ti?***

***Andrea: “La manera de pensar, que a lo mejor no todo iba a ser para siempre”.***

***Josefina: “En esta etapa me siento... de crecimiento. A lo mejor por eso ando más triste, porque a lo mejor me estaba dando cuenta de hartas cosas, de hartas situaciones, de hartos momentos que he pasado”.***

***Entrevistador: ¿Qué significa ser adolescente, para ti?***

***Santiago: “Es una etapa de la vida en que uno se da cuenta de la mayoría de las cosas que vive, que toma conocimiento de todo. Se da cuenta de que esto no es lo mismo que cuando uno era chico, que no tenía preocupaciones, sino que uno tiene que preocuparse por todo lo que hace porque todo afecta el futuro”.***

A manera de resumen, el ciclo del aislamiento plantea que la sensación de soledad y distanciamiento experimentada por el adolescente respecto a sus figuras parentales surge como resultado de la secuencia de interacciones edificadas entre ellos. La ausencia de



espacios de intimidad entre padres y adolescentes, favorecida por la falta de comunicación, confianza, comprensión y empatía presente en el vínculo, incrementaría la sensación de aislamiento del adolescente, quien al sentirse de esa manera tendería a distanciarse aún más de sus figuras parentales, dando paso a un reinicio de la cadena. Esta formulación es coherente con la idea de Micucci (2005), quien cree que “el aislamiento alimenta los síntomas y los síntomas generan más aislamiento” (p. 33).

### **5.2.2. DISYUNCIÓN Y CONFLICTO FAMILIAR**

Esta categoría hace referencia a las disyunciones y conflictos familiares pesquisados a lo largo de las entrevistas. Bien que los subsistemas involucrados en las disputas no fueron exactamente los mismos en todas las familias, todas ellas presentaron algún grado de desavenencia que entorpecía y dificultaba la resolución de la sintomatología que aquejaba al adolescente. Es probable que la presencia de conflicto al interior de la familia, debido al nivel de desgaste que ocasiona y al grado de distanciamiento afectivo que engendra entre los integrantes, no dé espacio ni oportunidad para un abordaje del síndrome depresivo.

*Andrea: “Es como que todo ha sido un problema, después otro problema, entonces es como que no, como que ya estoy saturada de todos los problemas que hemos tenido en la casa. Entonces, ya no tengo ganas de nada”.*

*Josefina: “La relación de mi hermana mayor con María, mi hermana mayor igual la trata mal. Yo con ella me llevo bien, pero no hablo mucho ahora; como antes. Prácticamente no hablo de las cosas que me pasan a mí con nadie, me las guardo para mí. Y la relación de mis padres está más o menos, pero ya lo asumí”.*

La discordia y el conflicto parento-filial, en oportunidades presentado de manera concurrente con el conflicto conyugal, fueron advertidos en todas las familias entrevistadas. Asumió dos distintas posibilidades de manifestación: ‘hostilidad y distanciamiento’ o ‘distanciamiento’. Es importante destacar que fue reiterativa la secuencia de hostilidad/distanciamiento respecto a una figura parental y de distanciamiento en relación a la otra.

En los casos de ‘hostilidad y distanciamiento’ se manifestaron episodios de altercados y desacuerdos entre el joven y una de sus figuras parentales, los que provocaban un deterioro del vínculo. En ocasiones, la sensación de rabia surgida los llevaba a rechazarse activamente o a eludirse pasivamente con el fin de evitar discutir.

*Andrea: “Antes pensaba que si estaba mi papá, las cosas se iban a solucionar. Pero ahora como que ya me acostumbré a que mi mamá es mi mamá y mi papá, y que mi papá es un ‘cacho’”.*

*Entrevistador: ¿Por qué ‘un cacho’?*

*Andrea: “Porque mi papá tiene problemas con el alcohol. Entonces, si llegaba a la casa, llegaba curado. Hacía problemas y cosas así. Un día mi papá estaba, no curado, y me pegó una cachetada. Mi papá me había pegado, pero nunca así. Y desde ese momento yo dije: ‘ya no necesito a mi papá’”.*

*Entrevistador: ¿Cómo describirías actualmente la relación con tu padre?*

*Andrea: “Actualmente mala porque no lo veía hace como 4 meses o 3 meses. Sus visitas son súper fugaces porque llega, nos saluda y se va. O está un rato y se va. Entonces no tengo comunicación con él. Y si hay comunicación es como un: ‘hola, ¿cómo estás? y chao’. Entonces no tengo comunicación con él, ni siquiera lo veo”.*

*Mauricio (el padre): “Entonces yo trato de decirles: ‘mira’; y les pongo el A, el B y el C. Les explico cuál es la razón. Y él, de repente, me dice, me explica sus razones. Y yo le digo: ‘sabes, es que no es válida tu razón’. Y ahí entramos en el conflicto personal que tengo con él”.*

*(Continúa la conversación)*

*Sofía (la madre): “Todo los lleva a discutir entre ellos (Santiago y su padre). Entonces, por eso creo que Santiago prefiere no conversar para evitar una discusión, y Mauricio tampoco pone mucho empeño en tratar de conectarse más con Santiago”.*

*(Continúa la conversación)*

*Santiago: “Me cuesta hablar con él”.*

*Mauricio: “¿Pero por el desinterés que te planteo yo? o ¿Porque los temas sabes que me aburren? o ¿Porque: ‘si te digo algo me vas a retar’?”*

*Santiago: “Un poco de todo”.*

*Mauricio: “De eso me he dado cuenta”.*

*Fernanda (la madre): “Ahora llevo muy poco tiempo (viviendo) con ella. Estuve 2 años y 4 meses fuera. Ella estaba como enojada conmigo. Y creo que en parte soy la culpable de que ella esté así. Eso es lo que siento”.*

*Entrevistador: ¿Qué la hace sentir que Ud. pudiera ser la responsable?*

*Fernanda: “Por haberla dejado, haberme ido con mi pareja y con la más chica”.*

*Verónica: “Eso es lo que no entiende. He tratado de explicarlo de la forma más... porque no es que ella se haya cambiado de casa. Es que se haya ido y que viviendo tan cerca me dejará así... no era que se cambiara de casa, era que dejó de ser mamá también. Eso es lo que a mí me daba rabia”.*

*Entrevistador: ¿Cómo fue la relación con tu mamá esos 2 años y 4 meses?*

*Verónica: “Yo era súper pesada. Por ejemplo, llegaba y decía: ‘hola’... y ella estaba en la casa, y saludaba a todos de beso, y me callaba y la pasaba de largo a ella”.*

En los casos de ‘distanciamiento’ suelen conjugarse el alejamiento y la poca comunicación entre el adolescente y una de sus figuras parentales. Este tipo de relación, al igual que en las situaciones de ‘hostilidad y distanciamiento’, ocasiona un deterioro del vínculo.

*Entrevistador: ¿Cómo describirías la relación con tu mamá?*

*Andrea: “¿Yo con ella? Yo creo que a lo mejor antes era buena porque hablábamos y cosas así, pero ahora no. Como que falta comunicación”.*

*Daniela: “Es que creo que con mi papá somos más risa que comunicación”*

*Horacio: “Somos más risueños. En este caso, somos como más relajados”.*

*Josefina: “¿La relación con mi papá? No hablo mucho con él. Pero, tampoco... es muy rara vez que yo discuta o pelee con él, donde no pasa mucho tiempo en la casa, donde está mucho tiempo trabajando no hay un motivo para discutir con él”.*

Otro aspecto a considerar dentro del nivel parento-filial es la excesiva importancia que algunas figuras parentales suelen otorgar a las responsabilidades académicas. Si bien aquello no es algo negativo per se, dichas interpelaciones generan un desbalance a favor de las exigencias en desmedro de la demostración de afectos, lo que sumado a la sensación de

distanciamiento del adolescente respecto a sus figuras parentales, da por resultado un mayor deterioro del vínculo.

*Mauricio (el padre): “No sé si el error fue presionarlo más. Porque yo soy... lo único que les exijo es notas... que respondan en el colegio. Les explico: ‘o sea, a mí, no me pueden, yo no puedo... puedo no tener ganas de ir a trabajar hoy día pero tengo que ir’. A mí me dicen: ‘tienes que hacerlo’; y yo no puedo decir: ‘oye, sabes que no tengo ganas, no tengo ánimo’. Tengo que hacerlo. Yo les digo que así es la vida, lamentablemente”.*

*Entrevistador: ¿Cuáles son las expectativas que tiene usted respecto a Verónica?*

*Angélica (la abuela): “Que salga de cuarto medio y que siga estudiando. Le digo yo: ‘si las notas de primero a cuarto medio son las que te ayudan a entrar en la universidad’. Eso es lo que creo que te sirve en estos momentos, no eso de los vampiros (libros que le gustan a Verónica), esas cosas no te sirven. Eso te sirve para más cultura, para tener más entendimiento, para escribir. Para todo eso te sirve, pero no para lo que estamos ahora. Ahora estamos en otra meta”.*

*Verónica: “Y no se ha detenido a preguntarme por qué leo tanto. No se ha detenido a preguntarme por qué leo tanto o escribo tanto”.*

Por último, resulta interesante consignar que en las familias donde las abuelas poseían una participación activa dentro del subsistema parental, la relación entre la madre y la abuela del adolescente era ‘hostil y distanciada’ en un caso, y ‘distanciada’ en el otro. Así, aunque Tamara señaló sentirse agradecida por la ayuda prestada por Amanda, se mostró desagradada por su excesiva intromisión en la crianza de Daniela; entretanto Fernanda no se mostró molesta por el rol asumido por Angélica en el subsistema parental, sino que esgrimió que el distanciamiento entre ambas había existido desde su infancia.

*Fernanda (la madre): “Y con la parte de mi mamá, yo no he tenido... he tenido bastantes dificultades con ella, y como que no me escucha. Ahora recién estamos logrando una comunicación, yo nunca comentaba mis cosas con ella... porque no le tengo la confianza como para hablar así tan abiertamente con ella. Siendo que mi mamá, yo he pasado toda mi vida con ella, mi mamá me ha ayudado, en ese sentido yo se lo respeto de que ella me ha ayudado cualquier cantidad con mis hijos pero, no tengo la confianza como para hablar con ella”.*

***Tamara (la madre): “Y mi mamá me llamó a mí, y mi mamá y mi papá me amenazaron de que si a Daniela le pasaba algo, me iban a echar a los carabineros; y delante de ella. Y para qué le digo el rosario que me echaron. Ahí llorando me fui para arriba”.***

El conflicto conyugal fue observado en 3 de las familias entrevistadas. En los 2 escenarios en que la pareja continuaba unida, los sujetos catalogaron la vinculación con su cónyuge como mala y agregaron que la comunicación era prácticamente inexistente. Indicaron además que habían decidido reducir las instancias de conversación e interacción entre sí, debido a que aquellas solían prestarse para la aparición de discusiones. En el caso en que la pareja se había disuelto, la vinculación entre los individuos se caracterizó, en un primer momento, por discusiones y reproches recíprocos, para luego desembocar en un período de ausencia de comunicación. La ruptura del subsistema conyugal, ocurrido como consecuencia de una infidelidad por parte del marido, no fue sencilla para ninguno de los miembros del sistema familiar. El padre de Andrea habría manifestado sus deseos de retomar la relación de pareja en múltiples ocasiones, iniciativa que no prosperó y que sólo incrementó las disputas entre los otrora miembros del subsistema, generando además que las labores del subsistema parental no pudieran ser redistribuidas bajo el nuevo contexto (Minuchin, 1994).

Vale la pena destacar que, a pesar de las diferentes peculiaridades presentadas por cada subsistema conyugal, todos compartieron 2 características. Primero, los individuos han entablado un tipo de interacción que puede denominarse ‘no hablar, para no discutir’, donde es preferible no conversar con el cónyuge debido a que cada diálogo suele terminar en una rencilla. Segundo, y vinculado a la anterior, esa falta de comunicación les impide coordinarse en el desempeño de las labores propias del subsistema parental.

***Valeria (la madre): “Y si conversábamos era pura pelea. Discutíamos, yo le echaba en cara lo que él había hecho, que él me había engañado y todo el cuento. Más encima, yo lo recriminaba por todos los problemas que tenía mi hija Andrea”.***

***Hernán (el padre): “Una de las cosas principales que hay en la casa, a la que yo quiero buscar una solución, es la discusión que tengo yo con mi señora. Siempre llegamos, y una discusión por cualquier cosa; muchas veces insignificantes, y se forma una discusión fuerte. Entonces, eso yo sé que les afecta, y muchas veces yo no quiero llegar temprano a la casa, o trato de ir poco a la casa cuando está ella para no discutir”.***

*Horacio (el padre): “Por parte de mi señora, no tengo cómo acercarme a ella y contarle lo que siento, lo que pienso. No puedo porque ella pone una barrera: ‘que no’, ‘que aquí’, ‘que allá’, ‘que tú’, ‘que tú tuviste la culpa’. Siempre anda con eso. Entonces, si voy a ver que me va a atacar siempre, me quedo callado. Entonces, me dedico a trabajar”... Si tú me dices: ‘¿cómo está nuestra relación?’, yo creo que nuestra relación es mala. Mala en el sentido de que no hay comunicación, y es como llegar a la casa, bañarme, acostarme y hasta mañana. Eso es una rutina, de siempre”.*

Los adolescentes también hicieron referencia a los conflictos conyugales de sus padres. No obstante que la condición actual de los subsistemas conyugales de cada familia no era idéntica, todos los jóvenes dijeron sentirse afectados por la situación, cansados de las discusiones y deseosos de que las circunstancias fuesen diferentes.

*Andrea: “Yo me quería ir de la casa porque veía que mis papás estaban separados, que mi papá volvía, que peleaban. Entonces, yo quería escapar de ahí”.*

*Daniela: “Ahora (hace referencia a la conversación de sus padres durante la entrevista), me sentí mal. Porque me voy a acostar en las noches, ya son como las 12, y se ponen a pelear. Se ponen a discutir en las mañanas, los fines de semana también se ponen a discutir. Entonces, me dio rabia ahora y me dieron ganas de salir (de la habitación), pero me controlé. No sé, ya estoy harta de estas peleas. Me siento mal”.*

*Josefina: “La situación de mis papás me duele, me pone mal. Me gustaría que ellos estuvieran mejor, no discutieran. Sé que en todas las familias discuten, pero me gustaría que se llevaran mucho mejor porque eso es lo que más me afecta a mí”.*

Por otra parte, es importante consignar que, a pesar de no ser miembro del subsistema conyugal, el adolescente adquiere la calidad de protagonista dentro los conflictos que se establecen en éste. Así, en tanto uno de sus progenitores busca generar una coalición con él, en miras a recibir alguna ayuda o apoyo respecto al conflicto que tiene con su pareja, el joven se ve posicionado entremedio de las desavenencias y discrepancias maritales (Haley, 1988b; Minuchin & Fishman, 2004). De cualquier manera, la coalición no es permanente ni fija, en tanto, en algunas ocasiones el adolescente accede a colaborar con uno de sus progenitores y en otras no.

*Valeria (la madre): “Desde que nos separamos con mi esposo, ella empezó a aislarse, a estar agresiva conmigo. Incluso, en una ocasión discutimos y ella me echó la culpa a mí. Ella, por arreglar el problema, debido a que quería que yo me juntara con mi esposo, que arregláramos toda la situación, se arrancó de la casa. Me dejó una carta y se fue a Coquimbo con una amiga. En esa carta especificaba que ella me quería mucho, pero que se iba de la casa porque no podía soportar el problema que tenía yo con mi esposo”.*

*Entrevistador: ¿Qué es lo que esperabas conseguir de todo esto?*

*Andrea: “Lo que yo quería conseguir era que mi papá se fuera de nuevo para la casa. Eso quería conseguir, pero no lo logré... Hartas veces he tratado de juntarlos, de que mi papá vuelva a la casa. Pero le hablo a mi mamá, o sea mi papá dice que hable con mi mamá para que él vuelva a la casa. A veces hablo con mi mamá y él vuelve a la casa, pero está una semana y se va”.*

*Daniela: “A veces siento que mi mamá me manipula mucho. A veces me dice, y yo ya estoy harta de que me lo diga: ‘dile a tu papá que nos vamos a Melipilla’ o ‘dile a tu papá que vamos al supermercado’ o ‘ah, si no haces esto las vas a perder todas conmigo’”.*

*Tamara: Ahora no te he dicho eso.*

*Daniela: Entonces...*

*Tamara: Antes podrías reclamar, pero ahora no.*

*Daniela: Antes me amenazaba, no sé.*

*Tamara: No era amenazarte tampoco. Yo te manipulaba antes, pero ahora no.*

*(Continúa la conversación)*

*Entrevistador: ¿Cómo ves la situación por la que estás pasando actualmente?*

*Daniela: “Súper mal. No sé, está todo mal porque mis papás pelean, yo los escucho pelear. Discuten entre ellos y eso me afecta. Porque ellos discuten y esto es de casi todos los días. Si no es por una cosa, discuten por la otra”.*

*Tamara: “Por lo menos anoche no estábamos discutiendo, estábamos conversando. Yo le estaba contando, estaba...”*

*Daniela: “¿Y hoy en la mañana?”*

*Tamara: “Me estaba preguntando cómo te ha ido, eso me estaba preguntando tu papá. En la mañana, sí. Pero en la tarde, no estábamos discutiendo. Yo le dije incluso: ‘tienes que ver esta receta porque le pidieron estos remedios a Daniela’. Pero yo no estaba discutiendo con él. No es todas las noches tampoco”.*

*Horacio: “Y es verdad, todos los días no peleamos”.*

*Daniela: “No, ¿pero las noches anteriores?”.*

*Tamara: “Está mal que digas que todos los días. Estás diciendo todos los días”.*

*Horacio: “Tú estás diciendo todos los días”.*

*Daniela: “Pero, ¿y cuando discuten?”*

*Horacio: “Pero Daniela, nosotros de repente, a veces, yo subo el tono de voz pero porque tu mamá no me entiende. Pero no es una pelea que después no nos hablemos. Yo, por lo menos, cuando discuto con tu mamá, igual después sigo hablando”.*

*Daniela: “Sí, pero es que, con sus discusiones, después me van a andar buscando a mí para que yo te ande buscando a ti, y así sucesivamente”.*

*Horacio: “Eso sí, eso no te lo discuto”.*

*Tamara: “Pero ya no ¿Adónde te estoy buscando a ti?”*

*Entrevistador: ¿Usted no siente que sea así, Tamara?*

*Tamara: “No, porque ella me dice varias cosas así. Y tú sabes cómo es tu papá, que no habla. Pero yo no ando buscándola a ella. Antes sí, lo reconozco que cuando era más chica le decía: ‘pucha, tu papá está peleado conmigo’. Y puras cosas así”.*

*Daniela: “Hace un tiempo, cuando estuvieron a punto de separarse con mi papá, me decía: ‘le estoy haciendo una carta a tu papá y quiero que se la entregues’. Entonces, me ocupaba a mí”.*

*Tamara: “Por eso le estoy diciendo al psicólogo (entrevistador) que antes yo te hacía esas cosas. Pero ahora no te estoy diciendo ni que vivo discutiendo con tu papá, ni que...”*

*Daniela: “Sí, pero hay cosas de mi papá que te molestan y que siempre me las dices a mí”.*

El conflicto en la fratría fue observado en 2 de las familias entrevistadas. En ambos casos el tipo de desavenencia se aproximó a lo que previamente fue denominado como ‘hostilidad y distanciamiento’.

*Josefina: “Me apena que mis hermanas grandes estén distanciadas, me gustaría que se hablaran, que se disculparan, que la relación de hermanas fuera como antes. Que jugáramos como cuando éramos chicas”.*

*Verónica: “Es que yo estoy excluida de ellos 3”.*

*Entrevistador: ¿Cómo es eso, Verónica?*

*Verónica: “Yo no hablo con ellos en el día, ni en la noche. A mi hermana chica la llamo cuando necesito que me haga un favor”.*



**Angélica (la abuela):** *“No se puede instalar una conversación de...”*

**Verónica: (Interrumpe)** *“Entre los cuatro”.*

**Angélica: (Continúa)** *“Muy amena entre los cuatro”.*

A nivel del subsistema fraterno, una de las adolescentes se encontraba involucrada directamente en los desencuentros, al sostener una relación ‘hostil y distanciada’ con dos de sus hermanas. Uno de tales conflictos se debía a que Verónica consideraba que su hermana mayor descuidaba a su hijo, hacia quien la joven indicó sentir mucho aprecio; mientras que el otro conflicto apuntaba a que su hermana menor solía mostrarse celosa cuando la adolescente pasaba mucho tiempo con la madre. En el otro caso, Josefina se encontraba en medio del conflicto de sus hermanas mayores. Se mostró triste y acongojada por el conflicto entre ellas, ya que dijo sentirse cercana a ambas. Además se observó que ambas hermanas intentaban generar una coalición con la adolescente.

**Josefina:** *“Por Dios, estoy como en medio de todo. Como entre ellas dos, y no me gusta que estén enojadas (hermanas mayores), que de repente se miren mal o cosas así”.*

**Entrevistador:** *¿Por qué sientes que estás en medio de la relación?*

**Josefina:** *“Porque con las dos me llevo bien y, como que de repente, no sé para qué lado ir, como que estoy ahí, en medio”.*

### **5.3. SÍNTESIS INTEGRATIVA**

La división del funcionamiento familiar en las categorías previamente expuestas corresponde a un ejercicio teórico que tiene por objeto una exposición ordenada de la información. Dado lo anterior, resulta menester efectuar una síntesis integrativa en miras a responder a las preguntas de investigación.

En virtud de la presencia del ‘ciclo del aislamiento’ en la vinculación entre el adolescente y sus figuras parentales, así como en consideración de la existencia de relaciones ‘hostiles/distanciadas’ y ‘distanciadas’ entre algunos miembros del sistema familiar, y de la evaluación de la cohesión como próxima al polo del desligamiento en el cuestionario FACES III por parte de los adolescentes, resulta plausible deducir que la estructura familiar corresponde a un funcionamiento de límites de tipo desligado. Igualmente, en razón de que los intercambios entre las figuras parentales y los adolescentes suelen estar orientados por las

exigencias académicas en desmedro de la demostración de afecto, y en consideración de la percepción que tienen los adolescentes de no ser escuchados en algunas oportunidades, es posible colegir que la vinculación entre los jóvenes y sus padres tiende a ser vertical y jerárquica. Además, en cuanto a los alineamientos es posible señalar que fueron observados algunos intentos de coalición con el adolescente por parte de uno de los progenitores, en los casos de conflicto conyugal, y por parte de hermanos en una situación de conflicto fraterno.

Por otra parte, la categoría reseñada como ‘ciclo del aislamiento’ responde a la pregunta por la secuencia de interacciones vinculada al mantenimiento del síndrome depresivo puesto que, tal como ha sido explicado, “el aislamiento alimenta los síntomas y los síntomas generan más aislamiento” (Micucci, 2005, p. 33).

Unido a lo anterior, y en consideración de que los síntomas depresivos favorecen progresivamente el distanciamiento del adolescente respecto a sus figuras parentales, y dado un sistema familiar comúnmente sobrecargado de desavenencias y cismas que no deja espacio para la asunción de estrategias de ayuda y apoyo, resulta verosímil pensar que el síndrome depresivo del adolescente se integra y acopla de forma perfecta con los estilos de interacción presentes en la familia. Esto resulta coherente con las ideas de Minuchin (1986), quien considera que los síntomas del paciente identificado son utilizados para mantener las pautas preferidas por el sistema familiar.

## **6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

### **6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Observar a un sujeto en su contexto permite efectuar una comprensión de su actuar, situado en un espacio y tiempo específicos. Dado que el entorno primordial de niños y adolescentes corresponde, la mayoría de las veces, a sus respectivos sistemas familiares (Minuchin, 1986; Haley, 1988; Rosman, 1988; Whitaker, 1991), parece indispensable adentrarse en estos últimos durante el proceso de discernir por qué piensan, sienten o se comportan del modo en que lo hacen. La presente investigación se edifica sobre el supuesto de que la familia es el ambiente donde los hijos “nacén, viven y se desarrollan” (Rosman, 1988, p. 241), fundamento que invita a examinar el síndrome depresivo cursado por un adolescente como una experiencia situada en el contexto de su sistema familiar. Dicha pretensión, por supuesto, reconoce la complejidad inherente al fenómeno y no pretende reducirlo a una única perspectiva o modelo, ya que ello implicaría desconocer que “el mapa no es el territorio” (Bateson, 2006, p. 40).

A partir del análisis de la información emergieron 2 categorías, una de las cuales fue denominada ‘disyunción y conflicto familiar’ mientras que la otra fue designada ‘ciclo del aislamiento’. La primera de estas categorías abordó el alejamiento, las desavenencias y las disputas presentes al interior de diversos subsistemas de la familia (Almonte & Musalem, 2006), en particular de los holones parento-filial y conyugal, y en menor medida del fraterno.

Todas las familias que participaron del estudio manifestaron disyunción y conflicto parento-filial. A nivel de este subsistema se señalaron 2 posibilidades de manifestación del problema: la primera bajo la modalidad ‘hostilidad/distanciamiento’ y la segunda según la variante ‘distanciamiento’. Las relaciones parento-filiales del tipo ‘hostilidad/distanciamiento’ se caracterizaron por la ocurrencia de episodios de discusiones y discrepancias entre el joven y la figura parental, generándose un deterioro en el vínculo y el posterior distanciamiento mediante el rechazo activo (ignorar la presencia del otro) o a través del rechazo pasivo de la comunicación (no hablar para no discutir) (Watzlawick, 1985). Entretanto, en las relaciones parento-filiales del tipo ‘distanciamiento’ se observó de forma concurrente una sensación de distanciamiento entre los involucrados y la presencia de pocos contextos de intimidad y comunicación. Fue común que en los sistemas familiares, el adolescente manifestara una

relación de ‘hostilidad/distanciamiento’ hacia una de sus figuras parentales, y una de ‘distanciamiento’ en relación a la otra. Estos resultados, al enfatizar la disyunción y la falta de comunicación existente entre los adolescentes y sus padres, como consecuencia o no de episodios de discusión, llevan a la conclusión de que las figuras parentales suelen desconocer el estado en que se encuentra el adolescente y que, por tanto, su capacidad para actuar como guía u orientadores está disminuida. Lo anterior concuerda con investigaciones previas (Rapee, 1997; Alloy et al., 2006; Ogburn et al., 2010) que han esgrimido que la aparición de síntomas depresivos en niños y adolescentes está relacionada, principalmente, con un estilo parental donde existe poca preocupación por el estado y cuidado de los hijos.

El conflicto conyugal fue pesquisado en 3 de las familias participantes, al verse afectados los “fundamentos afectivos y la organización del vínculo, en términos del compromiso y de la validez de la relación de pareja” (Almonte & Musalem, 2006, p. 459). En 2 familias, la pareja continuaba unida a pesar de calificar su relación conyugal como mala, conflictiva y carente de espacios para el diálogo y la intimidad. En la familia restante, a pesar de encontrarse separada la pareja, los conflictos de tipo conyugal persistían hasta la actualidad a causa de la insistencia del padre por retomar la relación y al rechazo de dicha posibilidad por parte de la madre. Más allá de las diferencias existentes entre las parejas, fue posible observar una secuencia de interacciones representada por un rechazo pasivo de la comunicación (no hablar para no discutir), el que además de deteriorar el vínculo entre los sujetos dificultaba, en ocasiones, el proceso de coordinación de las labores adscritas al subsistema parental. Esto concuerda con investigaciones previas, donde se esboza que el conflicto marital tiene un impacto negativo sobre los hijos (Hudson, 2005) y que la discordia conyugal asociada a los procesos de divorcio tiene un efecto deletéreo mayor que el hecho de la separación en sí misma (Emery, 1982). Asimismo, Restifo & Bögels (2009) han señalado que el conflicto conyugal parece influir en el estallido de problemas internalizados, tales como los síntomas depresivos.

La disyunción y el conflicto fraterno fueron observados en 2 familias, siguiendo la variante que previamente ha sido designada como ‘hostilidad/distanciamiento’. En un caso, la adolescente que cursaba el síndrome depresivo sostenía una vinculación hostil y alejada con 2 de sus hermanas, mientras que en otro, la adolescente que experimentaba el síndrome se encontraba en medio de la relación, configurándose una tríada conflictuada donde cada hermana intentaba que su posición fuese favorecida. Aunque fue posible encontrar una

investigación que vinculara la posición en la fratría y la depresión infantil (Frías et al., 1992), la cual indica que los hijos que ocupan la posición intermedia se ven más afligidos por esta clase de sintomatología, no se encontraron estudios que relacionaran el funcionamiento de este subsistema con el fenómeno de la depresión adolescente.

La categoría ‘ciclo del aislamiento’, por su parte, expresa las secuencias de interacciones que dan por resultado el distanciamiento entre el adolescente y sus figuras parentales. Si bien el punto de inicio de una secuencia es un acto arbitrario, como lo sería en cualquier cadena de eventos relacionales, resulta probable que el ciclo se haya iniciado como consecuencia de la ocurrencia conjunta de 2 fenómenos. Así, la adquisición de una nueva capacidad de pensamiento asociada al desarrollo cognitivo del adolescente (Inhelder & Piaget, 1958), habría favorecido que aquel tomara conciencia de las disyunciones y conflictos familiares. Esta capacidad de distinguir y conceptualizar la realidad familiar de un modo diferente habría favorecido el surgimiento de emociones depresivas en el joven, las que se habrían sostenido o intensificado a causa de la persistencia de las desavenencias y disputas familiares y de la falta de contextos de comunicación e intimidad con sus padres en los que pudiera recibir guía, orientación o ayuda. A la postre, posiblemente, el ciclo del aislamiento se habría afianzado gracias a la ausencia de espacios de intimidad y confianza entre las figuras parentales y el adolescente, incrementándose la sensación de aislamiento del joven, quien a su vez tendería a alejarse aún más de sus padres, dando paso a un reinicio de la secuencia.

La identificación de una secuencia de interacciones familiares detrás de la sensación de aislamiento experimentada por el adolescente, la que a la vez lo lleva a ocultar el síndrome depresivo que cursa, es congruente con lo postulado por Minuchin (1986), para quien “las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse” (p. 86), siendo dichos patrones los que conforman la manera en que el sistema familiar se mantiene a sí mismo. Igualmente, es congruente con las ideas de Haley (1988b), quien estima que “la secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico” (p. 97) y cercana a la noción de ciclo sintomático de Micucci (2005), el cual indica que “este ciclo sintomático, en el que el aislamiento alimenta los síntomas y los síntomas generan más aislamiento, constituye el proceso básico que impulsa la conducta sintomática” (p. 33).

Una vez reseñadas las disyunciones y conflictos presentes a nivel de cada subsistema y la secuencia de interacciones que ha recibido la etiqueta de ‘ciclo del aislamiento’, resulta indispensable contemplar el funcionamiento del sistema familiar en su totalidad, y así intentar dar respuesta a las preguntas que inspiraron la presente investigación y cumplir los objetivos generales y específicos relacionados con ellas.

En lo tocante a la estructura de las familias con un miembro adolescente que cursa un síndrome depresivo, merced al análisis de la información recabada en las entrevistas y a la aplicación del cuestionario FACES-III, se encontró un funcionamiento de límites de tipo desligado. Acorde a los postulados del Modelo Estructural de la Familia, aquello es indicador de la existencia de límites inadecuadamente rígidos entre los subsistemas, lo cual dificulta la comunicación y reduce el rendimiento del sistema de apoyo y auxilio familiar (Minuchin, 1986; Bernstein et al., 1999; Micucci, 2005; Ogburn et al., 2010).

En el cuestionario FACES-III, todos los adolescentes percibieron a sus familias como pertenecientes o próximas al polo del desligamiento. Por su parte, la categoría del ‘ciclo del aislamiento’ también apoya esta clasificación al dar cuenta de pautas de interacción propias de una familia desligada y al estipular la condición de alejamiento respecto a las redes de apoyo familiar en que se encuentra el adolescente, cumpliendo con la idea de Minuchin (1986) de que “el estrés que afecta a uno de los miembros de la familia no atraviesa sus límites inadecuadamente rígidos” (p. 91). Finalmente, la categoría ‘disyunción y conflicto familiar’ aporta parcialmente en esta conceptualización al establecer la existencia de ciertas problemáticas que afectan a los subsistemas y que impiden activar los sistemas de apoyo del sistema familiar.

Otros componentes de la estructura familiar son las jerarquías y los alineamientos. Respecto a las jerarquías, fueron observadas diferencias de poder entre el adolescente y los miembros del subsistema parental (en ciertas ocasiones participaban los abuelos), al ser estos últimos quienes generalmente designaban los criterios y reglas generales que gobernaban el funcionamiento de la familia. En vez de apreciar caos en cuanto al establecimiento de directrices y normas generales, en ciertas familias fue vislumbrada una tendencia a presentar una vinculación vertical y jerárquica donde un excesivo énfasis en el rendimiento escolar-académico por parte de los padres, solía ir en desmedro de una preocupación por el estado emocional del adolescente. Aquello es coherente con lo previamente especificado respecto a

los límites rígidos (Minuchin, 1986; Micucci, 2005), puesto que la vinculación excesivamente jerárquica favorece en el adolescente la sensación de no poder acceder afectiva e íntimamente a sus padres, y en los padres una desmedida preocupación por el quehacer académico mas no por el sentir de sus hijos.

Respecto a los alineamientos, aunque no se observó una tendencia en relación a la existencia de alianzas sí fue posible apreciar, por parte de las familias donde se evidenció conflicto parento-filial y conflicto conyugal de modo concurrente, la tendencia por parte de uno de los progenitores de intentar construir una coalición con el adolescente depresivo. Es importante destacar que en ningún caso se observó coalición fija y permanente, sino que únicamente fueron pesquisados intentos permanentes de uno de los progenitores por establecer una coalición, propósitos a los que el adolescente accedía en determinadas oportunidades y rechazaba en otras ocasiones. En el caso de la familia donde además de conflicto parento-filial y conflicto conyugal se vislumbró la presencia de conflicto fraterno, dicha tendencia a intentar generar una coalición no sólo fue presentada por uno de los padres sino también por los hermanos en conflicto. La respuesta del adolescente fue similar a la que se ha descrito para las familias precedentes. Finalmente es fundamental considerar que, más allá de la condición permanente o transitoria de los alineamientos que surgen como respuesta a los intentos de coalición perpetrados por un progenitor y/o por los hermanos, existiría una tendencia a que el adolescente que cursa un síndrome depresivo formara parte de una tríada conflictuada (Haley, 1988b; Minuchin, 1986; Micucci, 2005) que lo posicionaría en medio de la tensión que involucra a otros miembros de la familia.

Finalmente, para abordar la pregunta sobre la utilidad del síndrome depresivo para el mantenimiento de las pautas transaccionales de la familia deben considerarse simultáneamente las categorías de ‘disyunción y conflicto familiar’ y de ‘ciclo del aislamiento’. Así, es posible entender que el síndrome depresivo del adolescente se acopla de modo apropiado con el funcionamiento del sistema familiar, debido a la causalidad circular que se establece entre dicha sintomatología y las pautas transaccionales imperantes, teñidas por el conflicto, la invisibilidad y el aislamiento.

A modo de síntesis, del análisis cualitativo de las entrevistas familiares, individuales y parentales se obtuvieron 2 categorías sobre el funcionamiento del sistema familiar: ‘disyunción y conflicto familiar’ y ‘ciclo del aislamiento’. De la integración de dichas

categorías y del Modelo Estructural de la Familia se pudo desprender que las familias con miembros adolescentes que cursan un síndrome depresivo presentaban, en todos los casos, un funcionamiento de límites de tipo desligado donde el síntoma colaboraba en el sostenimiento de las pautas transaccionales de desligamiento al mismo tiempo que el desligamiento ocasionaba un mantenimiento del síntoma, y en ciertas oportunidades, una tendencia a presentar una vinculación vertical y jerárquica entre el joven y sus padres y una tendencia a que alguno de los miembros que se encontrara en conflicto con otro intentara generar una coalición con el adolescente.

## **6.2. APORTES, LIMITACIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO**

3 principales aportes pueden desprenderse del presente estudio. En primer lugar muestra coherencia y congruencia con investigaciones previas (Alloy et al., 2006; Ogburn et al., 2010), al mismo tiempo que el análisis estructural de las familias, planteado en los resultados, es plausible y vinculable con el modelo de destacados autores del modelo sistémico-relacional (Minuchin, 1986; Haley, 1988b). En segundo lugar, es una investigación que busca innovar en cuanto a la metodología, mediante la realización de entrevistas, la confección de un diagrama familiar y la aplicación de la escala FACES III, debido a que, tal como lo han señalado Restifo & Bögels (2009), la mayoría de los estudios que previamente se han efectuado en este ámbito han utilizado cuestionarios de auto-reporte contestados únicamente por el adolescente para generar sus resultados. En tercer lugar, la metodología cualitativa usada en la investigación, al rescatar los discursos y subjetividades de los individuos, permitió identificar el ‘ciclo del aislamiento’ como la secuencia de interacciones entre el adolescente y sus figuras parentales que generaría un mantenimiento o agravamiento del síndrome depresivo.

En cuanto a sus limitaciones y proyecciones a futuro, la actual investigación presentaría 3 ejes a considerar. Primero, debido a que la metodología cualitativa no busca ni permite realizar generalizaciones de los resultados a la manera en que se lleva a cabo en la investigación cuantitativa, no es posible extrapolar las conclusiones de esta investigación hacia otras poblaciones o sujetos. Así, en el futuro podría resultar interesante desarrollar proyectos complementarios al actual, los que, al involucrar a un mayor número de casos y al hacer uso de metodologías cuantitativas que recogieran los aspectos del funcionamiento familiar que en esta exploración han sido acentuados, podrían favorecer una complejización



del conocimiento adquirido. Segundo, es importante recordar que el análisis de la estructura familiar se llevó a cabo mediante un análisis de contenido categorial de las entrevistas de los miembros de cada familia, quedando de lado el espectro de la comunicación que involucra a la conducta no verbal. Así, estudios que recojan dicha dimensión serían de suma utilidad en el proceso de conocer, con mayor profundidad, las estructuras de sistemas familiares con un miembro adolescente que exhibe un síndrome depresivo. Tercero, el presente estudio sólo comprendió a familias con un miembro adolescente que experimenta un síndrome depresivo, no realizándose comparación con otras familias donde los adolescentes pudieran presentar alguna otra sintomatología psicológica o psiquiátrica. Si bien aquello podría sobrellevarse parcialmente mediante un análisis de la literatura existente, como ocurre con el caso de la investigación de Minuchin, Rosman & Baker (1978) sobre anorexia nerviosa en adolescentes, o con la investigación de Weinstock, Keitner, Ryan, Solomon & Miller (2006) acerca de la comparación del funcionamiento de familias con miembros adultos que cursan un trastorno depresivo mayor y un trastorno bipolar I, sería inclusive más interesante y apropiado efectuar estudios que permitieran comparar las estructuras familiares con miembros adolescentes que presentan diversas clases de psicopatología, y así intentar identificar las secuencias de interacciones que más típicamente se vincularían con cada cuadro psicopatológico.

### **6.3. IMPLICANCIAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Los resultados obtenidos en la presente investigación, en conjunto con la evidencia obtenida en estudios previos (Keitner et al., 1995; Nasser & Overholser, 2004; Restifo & Bögels, 2009; Rao et al., 2010), invitan a observar el contexto familiar del adolescente que experimenta un síndrome depresivo en la búsqueda de posibles causas, pero ante todo en el delineamiento de criterios de intervención y tratamiento.

Resultaría desproporcionado, artificial y simplista, atribuir el surgimiento y brote del síndrome depresivo sólo a las relaciones establecidas al interior de la familia del adolescente, más aún cuando la presente investigación no ha pretendido ni ha demostrado aquello. A pesar de que el funcionamiento familiar probablemente juega un rol en la incubación y desarrollo del síndrome, resulta conveniente y apropiado entender a este último como resultado de la interacción recíproca de aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Almonte, 2003). Así, cualquier implicancia teórico o práctica que pueda desprenderse de este estudio deberá asumir

que únicamente se ha buscado entender la condición actual y presente en que se encontraba la familia, y que la metodología cualitativa no permite una generalización de la información sino que otorga la facultad de profundizar en un fenómeno recogiendo la particularidad de cada sujeto entrevistado.

El principal aporte para la psicología clínica infanto-juvenil, a nivel teórico, sería que la presente investigación apoya lo estipulado por Almonte & Musalem (2006), quienes consideran que “el enfoque sistémico está siempre indicado en el análisis psicopatológico y en las propuestas terapéuticas en la niñez y adolescencia” (p. 457); introduce el ‘ciclo del aislamiento’ como una secuencia de interacciones o pauta transaccional (Haley, 1988b; Minuchin, 1986) que puede jugar el papel de mantenedor o agravante del síndrome depresivo adolescente; plantea que los sistemas familiares presentarían disyunciones y conflictos, principalmente a nivel de los subsistemas parento-filial y conyugal, y secundariamente a nivel del holón fraterno; e indica que la estructura familiar tendría un funcionamiento de límites desligados (Minuchin, 1986), donde en ciertas ocasiones se observan relaciones verticales y jerárquicas entre los padres y el adolescente, así como tríadas conflictuadas donde el adolescente queda en medio del conflicto conyugal y/o del fraterno.

El principal aporte para la psicología clínica infanto-juvenil a nivel práctico, en cambio, es el hecho de invitar a considerar y abordar las peculiaridades del funcionamiento familiar al momento de realizar un tratamiento del síndrome depresivo adolescente, sea o no bajo la modalidad de la terapia familiar. Además, los puntos problemáticos conceptualizados pueden servir para confeccionar, a futuro, un modelo terapéutico coherente que los considere y que, en vinculación, con investigaciones posteriores pueda dar cuenta de un modelo teórico-práctico, capaz de abordar el fenómeno tanto desde el aspecto comprensivo como desde el hacer terapéutico.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alloy, L., Abramson, L., Smith, J., Gibb, B. & Neeren, A. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 1, 23-64.
- Almonte, C. (2003). Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 87-105). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Almonte, C. & Musalem, R. (2006). Terapia familiar en adolescentes. En M. Valdivia & M. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 457-473). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Ed.)* (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA.
- Anguera, M. (1987). Investigación cualitativa. En C.N.R.E.E., *Investigación cualitativa*. Madrid: M.E.C.
- Aponte, H. & Van Deusen, J. (1981). Structural family therapy. En A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 310-359). New York: Brunner/Mazel.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J. & Lewis G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Lohlé-Lumen.
- Bateson, G. (2006). *Espíritu y naturaleza* (2<sup>a</sup> Ed.) (3<sup>a</sup> Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *BDI-II. Beck depression inventory-second edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II. Manual*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernales, S. (1995). Las relaciones familiares en el Chile de los 90. *Proposiciones*, 26, 14-33.
- Bernstein, G., Warren, S., Massie, E. & Thuras, P. (1999). Family dimensions in anxious-depressed school refusers. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5, 513-528.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 6, 723-742.
- Chile, Ministerio de Salud (2008). *Guía clínica para el tratamiento de personas con depresión*. Santiago: Autor.
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E. & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 151-159.
- Cova, F., Rincón, P., Valdivia, M. & Melipillán, R. (2008). Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, 6, pp. 607-613.
- Crespo, J. (2002). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (5ª Edición, pp. 219-234). Barcelona: Masson.

- Cumsille, P. & Martínez, L. (1997). Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, 68, 74-77.
- Dadds, M., Sanders, M., Morrison, M. & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3, 505-513.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Eisenhardt, K. (1989). Building theories from case study research. *Academy Management Review*, 14, 4, 532-550.
- Emery, R. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 2, 310-330.
- Essau, C. (2004). The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 5, 365-372.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. & García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología de la Universidad de Barcelona*, 52, 121-131.
- García, R. (2003). Trastornos del estado de ánimo. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 369-381). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychology Review*, 106, 3, 458-490.

- Grant, K., Compas, B., Thurm, A., McMahon, S. & Gipson, P. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child Adolescence Psychology*, 33, 2, 412-425.
- Grant, K., Compas, B., Thurm, A., McMahon, S., Gipson, P., Campbell, A., Krochock, K. & Westerholm, R. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 257-283.
- Haley, J. (1988). Modificación de la conducta y una perspectiva familiar sobre los hijos. En C. Fishman & B. Rosman (Comp.), *El cambio familiar: desarrollo de modelos* (pp. 58-75). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Haley, J. (1988b). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz* (3ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.
- Heerlein, A. (2000). Trastornos del ánimo. En A. Heerlein (Ed.), *Psiquiatría Clínica* (pp. 313-341). Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Hudson, J. (2005). Interparental conflict, violence and psychopathology. En J. Hudson & R. Rapee (Eds.), *Psychopathology and the family* (pp. 53-69). Elsevier Science.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M. & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 16, 3, 577-592.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio* (1ª Reimpresión). Barcelona: Ediciones Paidós.

- Keeney, B. & Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas: Espíritu en la terapia* (1ª Reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Keitner, G., Ryan, C., Miller, I., Kohn, R., Bishop, D., Epstein, N. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 7, 1002-1008.
- Krauskopf, D. (2000). El desarrollo psicológico del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Comp.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 347-356). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Larraguibel, M. (2006). Trastorno depresivo en el adolescente. En M. Valdivia & M. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 145-152). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Larraguibel, M., Davanzo, P. & Zuñiga, M. (2006). Trastorno bipolar en adolescentes. En M. Valdivia & M. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 153-163). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Lillo, A. (2007). Un modelo teórico práctico para el proceso de supervisión en trabajo social. *Portularia*, 7, 1-2, 123-138.
- Loubat, M., Aburto, M. & Vega, M. (2008). Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la región metropolitana. *Terapia Psicológica*, 26, 2, 189-197.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. & Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 26, 1, 59-69.
- Merriam, S. (1990). *Case study research in education*. Oxford: University Press.

- Micucci, J. *El adolescente en la terapia familiar: Cómo romper el ciclo del conflicto y del control*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Millon, T., Millon, C. & Davis, R. (1993). *MACI Manual. Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Minuchin, S. (1985). *Calidoscopio familiar: Imágenes de violencia y curación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar (5ª Ed.)*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Minuchin, S. (1994). *Calidoscopio familiar: Imágenes de violencia y curación (2ª Reimpresión)*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. *Journal of Analytical Psychology*, 25, 113-115.
- Morla, R., Saad de Janón, E. & Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 2, 149-165.
- Nasser, E. & Overholser, J. (2005). Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 125-132.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós Editorial.
- Oetting, E. & Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 205-213.



- Ogburn, K., Sanches, M., Williamson, D., Caetano, S., Olvera, R., Pliszka, S., Hatch, J. & Soares, J. (2010). Family environment and pediatric major depressive disorder. *Psychopathology*, 43, 312-318.
- Olson, D., Portner, J. & Lavee, Y. (1985). FACES III: Family Adaptability and Cohesion Scale. *Family Social Science, University of Minnesota*.
- Organización Mundial de la Salud (1986). *Young people's health – a challenger for society*. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripción clínica y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Depression*. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. I. Métodos*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Polaino-Lorente, A. & Martínez, P. (1998). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Navarra, España: Instituto de Ciencias para la Familia.
- Prieto, M. (2001). *La investigación en el aula ¿Una tarea posible?* Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 1, 47-67.

- Rao, U., Hammen, C. & Poland, R. (2010). Longitudinal course of adolescent depression: neuroendocrine and psychosocial predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 2, 141-151.
- Restifo, K. & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 294-316.
- Rosman, B. (1988). Perspectivas de desarrollo en la terapia familiar con los hijos. En C. Fishman & B. Rosman (Comp.), *El cambio familiar: desarrollo de modelos* (pp. 241-247). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad: El constructivismo de Heinz von Foerster*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sheeber, L. Hops, H., Andrews, J., Alpert, T. & Davis, B. (1998). Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: Reinforcement of depressive behavior. *Behavior Research and Therapy*, 36, 4, 417-427.
- Sheeber, L., Hops, H. & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 1, 19-35.
- Stark, K., Humphrey, L., Crook, K. & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 5, 527-547.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resources* (3ª Edición). New York: John Wiley and Sons.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27, 1, 1-15.

- Valenzuela, P. & Muñoz, R. (2006). Prevención de depresión en la adolescencia. En M. Valdivia & M. Condeza (Eds.), *Psiquiatría del adolescente* (pp. 399-414). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Vallejo, J. (2002). Trastornos depresivos. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (5ª Edición, pp. 501-533). Barcelona: Masson.
- Von Bertalanffy, L. (1995). *Teoría general de los sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (10ª Reimpresión). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130, 527-536.
- Watzlawick, P. (1988). *La realidad inventada: ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Barcelona: Editorial Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana* (4ª Edición). Barcelona: Herder.
- Weinstock, L., Keitner, G., Ryan, C., Solomon, D., Miller, I. (2006). Family functioning and mood disorders: a comparison between patients with major depressive disorder and bipolar I disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 6, 1192-1202.
- Weissman, M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54, 10, 932-940.
- Whitaker, C. (1991). *De la psique al sistema*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Yin, R. (2003). *Case study research: Design and methods* (3ª Edición). California: SAGE Publications.
- Zegers, B., Larraín, M., Polaino-Lorente, A., Trapp, A. & Diez, I. (2003). Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar

(CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41, 1, 39-54.

8. ANEXOS

# BDI-II<sup>1</sup>

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>	<p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
<p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)  
 Traducido y adaptado con permiso.  
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

## FACES III

Nombre:

Fecha de Nacimiento (día, mes y año):

	Casi nunca	Una que otra vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Los miembros de mi familia nos pedimos ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2. Para resolver los problemas, en mi familia, se toman en cuenta las opiniones de los hijos.	1	2	3	4	5
3. En mi familia, nosotros aceptamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4. En mi familia, los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia más cercana.	1	2	3	4	5
6. Diferentes personas de mi familia deciden cómo se deben hacer las cosas.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de mi familia nos sentimos más cercanos entre nosotros que con personas extrañas a la familia.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar las labores de la casa.	1	2	3	4	5
9. En mi familia nos gusta pasar juntos nuestro tiempo libre.	1	2	3	4	5
10. Padre (s) e hijos discutimos juntos los castigos.	1	2	3	4	5

11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy cercanos unos de otros.	1	2	3	4	5
12. Los hijos toman las decisiones en la familia.	1	2	3	4	5
13. Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14. Lo que se puede hacer y lo que no está permitido, no está tan claro en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. En nuestra familia fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer juntos.	1	2	3	4	5
16. Nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17. En nuestra familia nos consultamos nuestras decisiones.	1	2	3	4	5
18. Es difícil distinguir quién es el que decide cómo se hacen las cosas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante para nosotros.	1	2	3	4	5
20. Es difícil decir en nuestra familia quién se encarga de determinadas labores de la casa y quién de otras.	1	2	3	4	5



## ***Documento de Consentimiento Informado***

### **Título del Proyecto**

“Análisis estructural de sistemas familiares con un adolescente que cursa un síndrome depresivo”

### **Equipo de Investigadores**

Felipe Muñoz Rübke, Psicólogo.

### **Introducción**

Ud. ha sido invitado a participar de una investigación vinculada a un Proyecto de Tesis de Magíster en Psicología. El propósito de este documento es ayudarlo a tomar una decisión. Por supuesto, si tiene alguna duda, puede consultar a cualquiera de los investigadores presentes.

NO es obligación que Ud. participe de esta investigación. Inclusive, en caso que decida hacerlo, puede dejar de participar del estudio en cualquier momento que desee.

### **Propósito u objetivos del estudio**

Se desea conocer el papel que tienen los factores familiares en los casos de depresión adolescente. Se busca estudiar el modo en que interactúan los miembros de las familias con un adolescente que padece un síndrome depresivo.

### **Participantes**

Estamos pidiendo a las familias de adolescentes que cursan un síndrome depresivo que sean parte de esta investigación. Los adolescentes deberán tener entre 14 y 19 años y vivir en compañía de alguno de sus progenitores. La participación es absolutamente VOLUNTARIA.

## Procedimientos

Las entrevistas comprendidas en esta investigación se realizarán en 2 distintas oportunidades. Los horarios para la realización de tales sesiones serán acordados con los miembros de las familias.

### 1ª Sesión

- 1. Entrevista Familiar:** Ud. y otros integrantes de su familia serán parte de una entrevista familiar, la cual tendrá una duración aproximada de 1 a 2 horas y será registrada en audio y video. A lo largo de aquella, Ud. podrá expresar las opiniones, percepciones y creencias que tiene sobre el funcionamiento de su familia, acerca de los miembros que la componen y respecto al síndrome depresivo que afecta a uno de sus familiares. El entrevistador hará preguntas respecto al modo en que Ud. ve las cosas que ocurren al interior de su familia, pidiéndole que exprese su opinión sobre la forma en que otros miembros o Ud. mismo piensa, siente o comporta.
- 2. Cuestionario FACES-III:** Una vez finalizada la entrevista familiar, los investigadores le harán entrega de un breve cuestionario de 20 preguntas. Le tomará entre 5 y 10 minutos responder a las preguntas del cuestionario, las cuales apuntan a conocer su opinión sobre el modo en que funciona su familia.

### 2ª Sesión

- 3. Entrevista con los Padres:** Los padres del (de la) adolescente que presenta un síndrome depresivo participarán, en conjunto o por separado, de una entrevista de aproximadamente 1 hora de duración. Dicha entrevista, registrada en audio y video, se orientará a conocer las familias de origen de cada uno. El entrevistador preguntará por la historia, datos e impresiones que cada padre tenga respecto a su propia familia de origen.
- 4. Entrevista con el/la Adolescente:** El/La adolescente que presenta un síndrome depresivo participará de una entrevista de aproximadamente 1 hora de duración. Tal entrevista, registrada en audio y video, se orientará a conocer las impresiones del (de la) adolescente sobre distintos asuntos relacionados con su vida personal (colegio, amistades, parejas, etc.) y su vida familiar.

## **Riesgos**

1. Existe la posibilidad que las preguntas lo hagan sentir triste o sentir mal.
2. Podría tener un problema legal si nos cuenta sobre delitos que atenten contra su integridad o la de otras personas, como el abuso de niños, que nos veríamos obligados a reportar.

## **Beneficios**

Participar en este estudio NO ayudará a la mejoría del síndrome depresivo.

Se entregará a cada miembro de la familia una transcripción de los contenidos de la entrevista familiar.

Una vez finalizadas las entrevistas se entregará un informe psicodiagnóstico al (a la) adolescente y a sus padres.

La transcripción y el informe serán entregadas dos semanas después de realizada la última entrevista.

Por otra parte, su participación en esta investigación podría ayudar a otras personas que en el futuro estén pasando por una situación similar.

## **Costos**

Los costos de movilización, tanto para la primera como para la segunda sesión, serán cubiertos por el estudio. Por tanto, en caso de que deban trasladarse fuera de sus hogares mediante el uso de locomoción pública o privada, se otorgará a los padres de familia un monto de 1.100 pesos por cada miembro participante.

## **Confidencialidad**

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son quienes trabajan o colaboran con el estudio. Al redactarse la Tesis de Magíster, sus nombres y apellidos serán reemplazados por unos de fantasía.

## **Resultados**

Si Ud. desea conocer los resultados de la investigación, podrá contactarse con Felipe Muñoz Rübke (7-7762538 o lfmunozr@med.uchile.cl), quien le otorgará información al respecto y/o enviará un documento que explique los resultados del estudio. Se estima que los resultados de la investigación estarán disponibles en enero de 2011.

## **Derecho a Negarse o a Retirarse**

Recuerde que Ud. puede negarse a responder a las preguntas que se realizan. Igualmente, Ud. puede retirarse de la investigación en el momento que desee.

## **Dudas**

Si Ud. tiene preguntas sobre el estudio o preguntas sobre sus derechos puede contactarse con Felipe Muñoz Rübke (7-7762538; lfmunozr@med.uchile.cl).

### *Formulario de Consentimiento*

He sido invitado a participar en el estudio denominado “**Análisis estructural de sistemas familiares con un adolescente que cursa un síndrome depresivo**”. Entiendo que mi participación consistirá en participar de 1 o 2 entrevista(s) y responder un cuestionario llamado FACES III.

He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y he recibido respuestas claras. No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Nombre:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o madre

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

(Adulto responsable)

## Entrevista familiar

**Consigna:** Tal como ha sido comentado, esta entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Durante la conversación abordaremos distintos temas relacionados con vuestro modo de ser y actuar como familia. Vale recordar que cada uno tiene el derecho de contestar o no contestar a cualquiera de las preguntas. Asimismo, aprovecho de pedirle que intente ser claro al momento de exponer su punto de vista. Para aquello, usted puede ilustrar sus ideas, pensamientos, emociones y sensaciones a través de ejemplos y de la descripción de situaciones que hayan ocurrido. Siéntase libre para hablar hacia otro miembro de la familia o hacia mí. Lo principal es que Ud. se sienta libre para expresar lo que siente y piensa. Por supuesto, cualquier descripción y comentario que alguno exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

### Preguntas de introducción:

Para comenzar, quisiera que cada uno de ustedes se presentara, indicando, por ejemplo, su nombre, edad y actividad actual. Ud. puede, igualmente, plantear otro asunto que quiera compartir.

¿Alguno quisiera comenzar contándome quiénes viven en la casa? ¿Cómo están relacionadas cada una de las personas que habitan allí?

1.	Percepción del problema (de los síntomas depresivos)
----	--

#### Preguntas (ejemplos):

¿Alguien podría contarme quién fue el primero en notar que (*nombre del adolescente*) se sentía deprimido? ¿Cómo te diste cuenta? ¿Qué hiciste tras percatarse de aquello? ¿Pensaste que era algo serio (o no)?

¿Quién puede decirme cómo fue que comenzaron los síntomas depresivos de (*nombre del adolescente*)?

¿Cómo ve Ud. la situación por la que pasa (*nombre del adolescente*)? ¿Cómo ha respondido ante él? (dirigida a cada uno de los padres)

¿Cómo ves la situación? ¿Cómo has respondido ante ella? (dirigida a cada uno de los hermanos)

¿Cómo ves la situación por la que estás pasando? ¿Te la explicas de alguna manera? (dirigida al adolescente)

¿Alguien de la familia habrá tenido algún problema similar?

¿Alguien podría indicar qué soluciones se han intentado? ¿Quiénes las intentaron? ¿Han sido soluciones efectivas?

¿Alguien podría describirme cómo eran las relaciones familiares antes que empezara el problema? ¿Existía algún otro problema con anterioridad?

2.	Adolescencia
----	--------------

#### Preguntas (ejemplos):

¿Ha notado algún cambio en alguno de sus hijos desde que entró a la adolescencia? ¿Cuáles? ¿Cómo ha sido para usted? (dirigida a uno o a ambos padres)

¿Qué significa ser adolescente para ti? ¿Qué ha sido característico o particular en tu vida desde que estás viviendo la adolescencia? ¿Qué ha cambiado respecto a cuando eras niño?

3.	Límites de cada subsistema (conyugal, parental, fraterno)
----	---

#### Preguntas (ejemplos):

¿Alguien me puede contar quién tiene tendencia a reunir a la familia? ¿De qué modo lo hace? ¿Cómo reaccionan los demás cuando lo hace? (C/U)

¿Qué es lo que esperas de tu papá? ¿Cuál fue la oportunidad en que te has molestado más con tu padre? (dirigido a cada uno de los hijos)

¿Qué es lo que esperas de tu mamá? ¿Cuál fue la oportunidad en que te has molestado más con tu madre? (dirigido a cada uno de los hijos)

¿Alguien me puede contar cómo se ponen de acuerdo los padres para tomar alguna decisión? ¿Me podrías relatar algún ejemplo? ¿Y a la hora de llamar la atención, reprender o castigar, cómo es que se ponen de acuerdo? (dirigida a alguno de los hijos)

¿Qué es lo que Ud. le exige a cada uno de sus hijos? (dirigido a cada uno de los padres)

¿Qué es lo que más le hace enojarse de cada uno de sus hijos? ¿Cuál ha sido la ocasión en que se ha enojado más con cada uno de sus hijos? (dirigido a cada uno de los padres)

¿Cuáles son las tareas que Ud., en general, asigna a cada uno de sus hijos? ¿Las cumplen? ¿Qué pasa si no las cumplen?

Siempre, en cada familia, los miembros son considerados de tal o cual manera. ¿Cuáles roles han circulado en esta familia?

¿Algún miembro de la familia ha sido considerado como “el malo”, “el bueno”, “el loco”, “el problemático”?

¿Quién es considerado “el fuerte” de la familia?

¿Quién es considerado “el más dominante” de la familia?

¿Quién es considerado “el cariñoso” o “el cálido” de la familia?

¿Quién es considerado “el exitoso” de la familia? ¿Alguien es considerado “el que más le cuesta” o “el fracasado” de la familia?

¿Quién es considerado “el más aislado” de la familia?

¿Quién es la persona considerada “más confiable” al interior de la familia? ¿Por qué?

¿Quién es la persona considerada “mejor para ayudar” al interior de la familia? ¿Por qué?

4.	Distribución de las jerarquías al interior de la familia
----	--

**Preguntas (ejemplos):**

¿Alguien me puede contar quién es el encargado de poner las reglas en la casa? ¿De qué modo lo hace? ¿Cómo reaccionan los demás cuando lo hace? (C/U)

¿Alguno de ustedes es considerado terco o llevado a sus ideas? ¿De qué manera ocurre eso?

¿Alguno de ustedes, en esta familia, tiende a no obedecer cuando se le dice que haga alguna cosa? ¿Cómo reacciona esa persona? ¿Qué pasa después de eso?

¿Hay alguien que sea considerado “el líder” de la familia? ¿Qué pasa cuando a esa persona se le ocurre una idea?

¿Hay alguien que sea considerado “el mañoso” o “el bueno para reclamar” de la familia? ¿Qué pasa cuando esa persona se pone a reclamar? ¿Alguien hace caso a sus alegatos?

5.	Alineamientos: Posibles coaliciones y alianzas
----	--

**Preguntas (ejemplos):**

¿En la familia, hay algunos que no se dirijan la palabra entre sí o que alguna vez hayan pasado un período de no hablarse?

¿Hay alguno que haya tenido un conflicto serio con otro?

¿Quiénes tienden a juntarse más o compartir más cosas entre sí, al interior de la familia?

¿Hay alguien al que no le cuenten o no sepa muchas de las cosas que pasan? ¿Cómo ocurre eso?

## Entrevista con el adolescente

**Consigna:** La presente entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Hoy conversaremos sobre tus impresiones sobre diversos temas. Entre ellos se incluye tu familia, tu colegio, tu grupo de amigos y otros ámbitos de tu vida que consideres relevantes. Como siempre, cualquier descripción o comentario que realices será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

### Áreas a evaluar:

a) Sobre la depresión

¿Cómo observas tu situación actual?

¿Cómo te la explicas?

¿Cómo has lidiado con ella? ¿Cuáles han sido los resultados?

¿Cuáles son tus expectativas al respecto?

b) Familia

¿Cómo dirías que es tu familia?

¿Cómo describirías la relación con tu madre, padre, hermano?

¿Cómo describirías la relación entre tus padres, hermanos, etc.?

¿Con quién te llevas mejor? ¿Con quién te juntas más?

¿Con quién tienes una relación más distante? ¿Por qué?

¿Quiénes en tu familia suelen tener una relación más distante, más cercana, etc.?

c) Amistades y parejas

¿Quiénes son tus mejores amigos? ¿Por qué? ¿Cómo los describirías?

¿Tienes o has tenido una pareja? ¿Cómo es o fue tu relación con él/ella?

d) Colegio-Trabajo

¿Qué piensas del colegio?

¿Qué te agrada y desagrada del colegio?

¿Qué te parece tener que asistir al colegio?

e) Expectativas de vida

¿Cómo te ves en el futuro?

¿Cuáles son tus planes, expectativas, sueños, etc.?

f) Adolescencia

¿Qué significa ser adolescente?

g) Otros de importancia para el adolescente



## Entrevista con los padres

**Consigna:** La presente entrevista se enmarca dentro de un proyecto de investigación. Hoy conversaremos sobre las familias de origen de cada uno de ustedes y sobre la familia que juntos decidieron formar. Cuando hablemos sobre las familias de origen, las preguntas irán principalmente dirigidas a quien sea el integrante directo de dicho sistema familiar. Sin embargo, ocasionalmente, la pareja podrá realizar algún comentario que le parezca pertinente. Cuando hablemos sobre la familia que han formado juntos, conversaremos primordialmente sobre momentos importantes de su historia familiar. Cualquier descripción y comentario que usted exprese, será mantenido en estricta confidencialidad y anonimato.

1.	Familia formada entre ambos
----	-----------------------------

### Preguntas (ejemplos):

¿Cómo está compuesta su familia de origen?

¿Quién me puede contar cuándo y cómo se conocieron?

¿Cómo fue que decidió formar una familia?

¿Cómo fue el nacimiento de su primer hijo? ¿Cómo fue el nacimiento de los siguientes?

¿Cómo pensaba que serían sus hijos cuando crecieran? ¿Qué esperaba de ellos?

¿Cómo fue para Ud. el ingreso de sus hijos al colegio?

¿Cómo ve a sus hijos actualmente? ¿Siente que ha habido algún cambio en alguno de ellos? ¿Le gustaría que alguno de ellos cambiara alguna cualidad?

¿Cómo se lleva Ud. con cada uno de sus hijos? ¿Tiene o ha tenido alguna relación conflictiva con alguien de su familia?

¿Qué eventos importantes, como matrimonios, nacimientos de hijos o nietos, separaciones, convivencias han sucedido en su familia? ¿Considera a alguno de ellos como más significativos?