

## **1ª PARTE: MARCO TEÓRICO**

## **1ª PARTE. MARCO TEÓRICO.**

### **1. EL APEGO.**

#### **1.1. Antecedentes.**

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables estudiadas profundamente; la predisposición genética, el temperamento, la familia, la educación, el proceso de socialización, el ambiente, los acontecimientos vitales y otras. Todas ellas nos parecen entidades importantes, pero existe una, a nuestro entender, que junto a la predisposición genética creemos que ha de ser destacada. Son las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros).

Al nacer ninguno de nosotros somos capaces de regular nuestras propias emociones (Botella, 2005; Schore, 2001; Fonagy, 1999). La relación más temprana que se establece y nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional es la vinculación afectiva o apego<sup>1</sup> con el cuidador más próximo, que se encargará de responder a nuestras señales o reacciones emocionales (Fonagy, 2004). Esto dependerá de la proximidad y seguridad alcanzada a través de la conducta de apego y por supuesto de la disponibilidad del cuidador primario (Hervás, 2000; Main, 1996). Estos lazos o vínculos afectivos que se establecen y perduran en el tiempo hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo). Para Lafuente (2000), la relación afectiva paterno-filial es el asiento fundamental de los sentimientos de seguridad o inseguridad que presiden respectivamente las vinculaciones de buena y mala calidad.

Así, la respuesta de temor suscitada ante la inaccesibilidad de la madre, es una reacción de adaptación básica que en el curso de la evolución se ha convertido en una respuesta esencial para la contribución de la supervivencia de la especie (Bowlby, 1990).

---

<sup>1</sup> El concepto de *attachment* acuñado por Bowlby (1958) es el más adecuado, por el momento para definir el apego, nombre que recibe este tipo de vínculo al que nos hemos referido y del que el afecto es un componente ineludible.

Sobre la vinculación afectiva o apego y su posterior relevancia, Musitu y Cava (2001) dicen que existen dos aspectos del ámbito familiar que se han relacionado sistemáticamente con la autoestima en los hijos; una, la importancia del apego con el cuidador principal y dos, los estilos de socialización parental. Esta necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos está recogida en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1980, 1973, 1969). En el núcleo de esta teoría se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas, lo que para Hofer (1995) es ya una precondition normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo los humanos.

El primero en desarrollar una teoría de apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar porqué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien intentó mezclar los conceptos provenientes de la etología, del psicoanálisis y de la teoría general de los sistemas (Fonagy, 2004; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003) para explicar el lazo emocional del hijo con la madre (Aizpuru, 1994).

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

Bowlby (1993, pp, 60) definió la conducta de apego como *“cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”*.

Teniendo en cuenta esta premisa y apoyándose en las investigaciones sobre plasticidad cerebral, que han puesto en evidencia que durante los

primeros años de vida tiene lugar un proceso de desarrollo muy importante, Botella (2005) cita unos principios básicos:

- Todos los animales, incluidos los de la especie humana, buscan la protección y cuidado de sus padres cuando experimentan peligros y amenazas.
- Esta búsqueda de protección tiene un papel evolutivo de supervivencia fundamental (Hofer, 1995).
- En general, la figura de apego es la madre y rápidamente se genera una clara preferencia hacia ella (Fonagy, 2004; Del Barrio 2002; Belsky, 1999).
- En los bebés, el malestar que conduce a la búsqueda de apego también puede ser provocado por el hambre, la sed y/o el dolor físico.
- El sistema conductual de apego no es único, sino que forma parte de un conjunto en el que figuran también la exploración, el cuidado y el apareamiento (Aizpuru, 1994).
- El sistema de apego tiene una función homeostática al contribuir a mantener el equilibrio entre las conductas exploratorias y las de proximidad.

A esta contribución Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente: cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. La experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social (Bowlby, 1990).

## 1. 2. Evolución de la teoría del apego. Modelos mentales.

En un primer momento Bowlby (1969) hizo una descripción meramente conductual; la necesidad aparece en ausencia del cuidador/a y la presencia de éste/a hace desaparecer esa necesidad. En 1973 Bowlby sostuvo que la meta del sistema de apego era mantener al cuidador accesible y receptivo y para referirse a esto, utilizó el término *disponibilidad*. Posteriormente, Bowlby (1980) incorporó la noción de que las experiencias con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales. Craik, (1943) citado en Fonagy (2004) ya se había anticipado dando nombre a esta serie de mecanismos cognitivos refiriéndose a ellos como Modelos de Funcionamiento Interno.

En esta misma línea, entendemos que un sistema de apego alcanza el objetivo cuando ofrece seguridad al niño. Por tanto desde esta perspectiva, la respuesta sensible del cuidador es ya un primer organizador psíquico e implica dos operaciones: conseguir acceso al estado mental del niño y atribuir significado a ese estado mental (Girón, 2003). Para que el cuidador pueda hacerlo debe tener un buen nivel de función reflexiva (Fonagy, 1999; Fonagy, Leigh, Steele y cols., 1996). Pero este tipo de funcionamiento mental no sería posible desde una lectura determinista de la investigación neurológica (Wylie y Simon, 2004), lo que hemos de agradecer a Bowlby.

Apoyándonos en lo anterior creemos necesario una visión amplia donde la plasticidad cerebral ocupa un papel importantísimo. Anteriormente la neurobiología había dado pie a una posición que se ha dado en llamar *fatalismo neuronal* (Cozolino, 2002). Dicho fatalismo consistía en concebir el cerebro como una entidad relativamente estática, determinada por la interacción de la pre-programación genética y las experiencias infantiles tempranas (Cozolino, 2002). Desde esta posición sería imposible entender, por ejemplo, que toda forma de terapia psicológica, sea cual sea la orientación teórica desde la que se lleve a cabo, se basa en la noción de que los seres humanos podemos modificar aspectos básicos de nuestro funcionamiento

mental, ya sean cognitivos, emocionales conductuales o relacionales (Botella, 2005; Girón, Rodríguez, Sánchez, 2003; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Las investigaciones sobre plasticidad cerebral (Wylie y Simon, 2004; Cozolino, 2002) han puesto en evidencia que durante los primeros años tiene lugar un proceso de desarrollo cerebral único por su magnitud. Este proceso resulta sumamente sensible a las condiciones ambientales y en particular a las que dependen de la interconexión entre el niño y las figuras de apego (Botella, 2005). La evidencia que se desprende de las investigaciones sobre el efecto de las relaciones de apego en el desarrollo mental, indica consistentemente que, por ejemplo, el estrés y el trauma perjudican el desarrollo óptimo, mientras que el apego seguro lo promueve (Schore, 2001).

Como comenta Botella (2005) la disposición innata a buscar protección ante el peligro o amenaza es regulada en cada momento por los Modelos Internos de Funcionamiento. El mismo Bowlby (1990, 1989) hizo referencia a los mecanismos que subyacen la asociación causal entre el tipo de apego infantil y las posteriores vinculaciones emocionales, los modelos representacionales. Se trata de representaciones mentales generadas en la primera infancia a partir de la interacción con los padres o cuidadores principales e incluyen información sobre sí mismos, la figura de apego y la relación entre ambos. Es decir, una idea de quiénes y cómo son sus figuras de apego, y qué puede esperar de ellas. Una vez interiorizados por el niño los modelos representacionales de su relación con las figuras de apego, estos mismos modelos le van a servir de guía para el establecimiento de otras relaciones significativas a lo largo de su vida (Bowlby, 1989).

Con este modelo representacional como base, niños y niñas y, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la conducta y competencia futura (Lafuente, 2000). Los modelos representacionales internos que se forman en los niños, a partir de las primeras respuestas significativas de sus cuidadores a sus necesidades de apego, van a constituir el sistema con el cual el niño va a modelar su conducta, tanto ante sí mismo como ante los demás (Girón, 2003). Según Botella (2005) dado su origen evolutivamente previo al lenguaje y a la maduración de las estructuras

neurológicas necesarias para la memoria explícita, tales modelos se codifican en la memoria implícita.

En suma, puede afirmarse que las funciones primordiales de apego son:

- a) Mantenimiento de la proximidad
- b) Base segura desde la cual explorar el mundo
- c) Refugio seguro en el que buscar consuelo y seguridad ante el peligro o la amenaza.

Sobre los modelos representacionales Cook (2000) afirma que no son tan internos. Este autor insiste en que la teoría del apego es una teoría sobre cómo los procesos interpersonales afectan al desarrollo social y cognitivo.

Desde una perspectiva más integradora, el reconocimiento del papel fundamental que juegan las experiencias provenientes de las relaciones de apego en el desarrollo de la plasticidad cerebral, permite empezar a atisbar posibles integraciones entre la investigación sobre apego infantil, apego adulto, psicología evolutiva, neurociencias, psicopatología y teorías sistémicas de la familia (Botella, 2005; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

### 1.3. Estilos de apego. Vinculación afectiva.

En los primeros estudios naturalistas de Mary Ainsworth (1963) de los Ganda en Uganda, encontró una información muy rica para el estudio de las diferencias en la calidad de la relación madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego (citado en Oliva, 2004 y Del Barrio, 2002). Esta información le llevó a identificar unos estilos de apego en la interacción madre-hijo, que reflejan las normas que determinan nuestras respuestas ante situaciones que nos trastornan emocionalmente, es decir, nuestra forma primordial de autorregulación emocional (Botella, 2005). Otro trabajo realizado posteriormente confirmó estos datos (Bell y Ainsworth, 1972).

Unos años más tarde, Ainsworth y cols., (1978) diseñaron una situación experimental, *la Situación del Extraño*, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. La Situación del Extraño es una simple prueba de laboratorio para medir el apego, en niños de 1-2 años. Consta de dos episodios de una breve separación entre el niño y la persona que lo cuida. El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y sobretodo en los momentos de separación y de reunión con la madre o cuidador.

En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego establecidos:

1. Apego seguro
2. Apego inseguro-evitativo
3. Apego inseguro ambivalente

En el apego seguro aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un Modelo de



Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004). Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. El estilo de apego seguro se ha observado en un 55%-65% de niños en muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) cita la cifra del 65%-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en los Estados Unidos.

Para Aizpuru (1994) un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).

En el apego inseguro-evitativo, la observación fue interpretada como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004). El estilo de apego inseguro-evitativo se ha observado en un 20%-30% de niños en muestras no clínicas. (Botella, 2005; Oliva, 2004; Del Barrio, 2002).

Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). Respecto a las conductas maternas, Aizpuru (1994) nos dice que las madres de niños con estilo inseguro-evitativo pueden ser sobreestimulantes e intrusivas.

En el apego inseguro-ambivalente el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Para Mikulincer (1998), es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Este estilo de apego se ha observado en un 5%-15% en niños de muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) nos da cifras del 10% en los estudios realizados en los Estados Unidos. Sin embargo, Oliva también indica que en estudios realizados en Israel y Japón se encuentran porcentajes más altos.

Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el no estar siempre disponibles. Sin embargo, algunos estudios (Stevenson-Hinde y Shouldice, 1995; Isabella, 1993) han encontrado que en algunas circunstancias estas madres se encuentran responsivas y sensibles, lo que podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño cuando se encuentran emocionalmente estables. En la misma línea Oliva (2004) destaca la actitud de las madres de interferir durante la conducta exploratoria de los niños, este aspecto unido a que en algunas ocasiones las madres se muestran responsivas y sensibles podría aumentar la dependencia y falta de autonomía del niño. Esto puede llegar a explicar la percepción que el niño puede llegar a tener del comportamiento contradictorio de la madre. Cassidy y Berlin (1994) consideran estas conductas como una estrategia, no necesariamente consciente, dirigida a aumentar la dependencia del niño, asegurando su cercanía y utilizándola como figura de apego.

Los tres estilos de apego descritos por Ainsworth han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego (Oliva, 2004; Main y Cassidy, 1988). Sin embargo otros autores han propuesto la existencia de un cuarto tipo denominado *desorganizado-desorientado* que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables (Main y Solomon, 1986). Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). Como destaca Botella (2005) estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales.

El estilo de apego inseguro comporta un factor de riesgo en cuanto a la manifestación de problemas psicológicos, mientras que el apego seguro constituye un factor de resiliencia psicológica que fomenta el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la capacidad de superación frente a la adversidad (Siegel, 1999).

Bowlby fue el primero en examinar el rol que juegan los estilos de apego en la experiencia de rabia y enfado. Según este autor, la rabia es una respuesta funcional de protesta dirigida a otros, y aquellos con estilos de apego inseguro logran transformar esta respuesta en otra que resulta disfuncional. Mikulincer (1998) a este respecto concluyó que las personas con estilos de apego seguro, presentan menos propensión a la rabia, expresan su enfado de manera controlada, sin señales de hostilidad a otros y siempre buscan resolver la situación una vez que están enfadados. Las personas con estilos de apego ambivalente y evitativo tienen más propensión al enfado, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de enfado y otras emociones negativas (Buchheim y Mergenthaler, 2000).

#### 1.4. Desarrollo y determinantes en la seguridad del apego.

Según el modelo Bowlby-Ainsworth los determinantes de la seguridad de apego pueden ser próximos o distantes. Los determinantes próximos son los que influyen en la cualidad de la relación padres-hijo y abarcan, sobre todo, el temperamento infantil y la sensibilidad de la madre. Los determinantes distantes son los que influirán en el futuro (Fonagy, 2004). Por otra parte, diferentes investigaciones sobre el temperamento infantil no consideran, el temperamento como un poderoso determinante de la seguridad del apego (Fonagy, 2004; Vaughn y Bost 1999). Vaughn y Bost concluyen una exhaustiva revisión sobre el tema con estas palabras: “La seguridad del apego influye en el temperamento cuando se trata de comprender la personalidad y/o para explicar características de las acciones interpersonales” (p.218).

Se ha establecido que la conducta de apego encuentra su periodo álgido entre los nueve meses y los tres años. A este punto referido, Griffin y Bartholomew (1994) añaden que las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. Esto puede interpretarse también como un periodo crítico, puesto que la mayor parte de las carencias de apego que pueden lastrar la conducta infantil posterior se centra en estos años (Del Barrio, 2002; Winnicott, 1995; Bowlby, 1980).

El apego suele producirse respecto de la madre, pero puede ser establecido con cualquier persona que haga sus veces, ya sea varón o mujer. Si que existe una cierta unidad de criterio en que los cuidados maternos contribuyen claramente a la seguridad del apego, especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad (Fonagy, 2004; Del Barrio, 2002; Belsky 1999), aunque ésta no tenga una sólida base empírica como mantiene Fonagy (2004). Sobre este punto referido, Oliva (2004) añade, basándose en un meta-análisis realizado por Fox, Kimberly y Schafer (1991), que existe una clara concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores y no sólo con la madre. El mismo Oliva, da una posible explicación de esta concordancia al sostener que la *Situación del Extraño* evalúa el modelo

interno activo que el niño ha elaborado a partir de su interacción con la madre o la figura principal de apego.

De esta manera, en el estudio del niño y la conducta de apego nos interesa sobre todo la interacción que se produce entre el niño y el adulto responsable de la crianza. Esta relación se convierte en el primer ambiente o clima emocional que vive el niño y que le introduce en el grupo familiar (Fonagy, 2004; Hervás 2000; Main, 1996), y a través de éste, también en el grupo social y cultural en el que la familia se desenvuelve (Del Barrio, 2002; Musitu y Cava, 2001). La familia es el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno (Musitu y Cava, 2001; Trianes, 2002). La importancia de las tareas evolutivas características de cada etapa comienzan en los primeros meses, y tienen que ver con el establecimiento de un buen lazo afectivo con los padres y la regulación biológica: interacción madre-padre, formulación de una buena relación de apego, exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (Trianes, 2002). Para Winnicott (1995) el desarrollo emocional durante el primer año establece la base de la salud mental en el individuo humano.

Unas buenas relaciones familiares pueden garantizar una adecuada adaptación social, entendiendo que estas relaciones incluyen las de pareja, las de padres e hijos y las de los hijos entre sí (Mikulincer y Florian, 1999). La familia se considera un organismo en el que cada uno de sus elementos tiene una función o rol con consecuencias en el conjunto global (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003; Del Barrio, 2002; Minuchin, 1968). La familia ha sido especialmente estudiada desde la teoría sistémica. Minuchin (1968) defiende que no se pueden entender los problemas de un sujeto si no se atiende al conjunto total de la dinámica familiar (citado en Del Barrio, 2002). Sobre la importancia de la familia, Aizpuru (1994) menciona que el apego a la madre o cuidador principal, es sólo uno, el primero de tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo sería en la adolescencia tardía, en la búsqueda del segundo objeto, la pareja, y el tercero sería hacia el hijo o hijos.

Así entendida, la función del apego es garantizar la supervivencia en una etapa temprana (Botella, 2005) como ya hemos citado antes. El aprendizaje de

las distintas intensidades de la reacción emocional y la interpretación de unos elicitadores como agradables o desagradables se gesta en el periodo de apego y a través de la persona de referencia (Del Barrio, 2002; Lafuente, 2000). En consecuencia el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo (Bowlby citado en Bourbeau, y cols., 1998).

### **1.5. Estilos de apego y procesos cognitivos.**

Tanto Bowlby (1989) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Desde esta referencia precursora, Botella (2005), Oliva (2004), Del Barrio (2002), Trianes (2002), Winnicott (1995) y Griffin y Bartholomew (1994), mantienen que los niños y niñas que establecieron relaciones de apego seguro con unos padres que se mostraron cariñosos y sensibles a sus peticiones estarán más capacitados para establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con sus iguales.

Este enfoque fenomenológico contempla como factores fundamentales los esquemas emocionales en la misma línea y compatible con el modelo cognitivo. Así, los esquemas mentales se entienden como estructuras mentales que moldean las experiencias y fenómenos emocionales a partir de los cuales se producen las diferentes respuestas emocionales propias de cada persona (Botella, 2005). Para Greenberg y Safran (citado en Botella, 1994), por ejemplo, es la conciencia presente de las personas o la falta de ella, sus constructos y el significado de su experiencia lo que determina la mayor parte de su conducta inadaptada y su disfunción.

Es por ello que la psicopatología está relacionada con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y tratar con sus sentimientos y necesidades primarias a lo largo de su desarrollo, y no con las necesidades neuróticas (Botella, 1994). La frustración repetida ante la necesidad, por ejemplo en los estilos de apego inseguros, acaba por formar la representación de una

estructura nuclear del sí mismo que supone una visión particular del mundo; esto puede incluir, por lo tanto, visiones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo también (Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio, y Catalán, 2002; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Kelly, 1963).

Varios estudios han examinado la hipótesis de que las personas con distintos estilos de apego difieren en la forma de buscar y procesar información. Esta hipótesis está basada en los propios postulados de Bowlby que sostiene que los modelos de apego afectan la codificación y organización de información acerca de eventos emocionales, figuras de apego y el sí mismo (Mikulincer, 1997).

De la influencia de los estilos de apego en el desarrollo cognitivo, Lafuente (2000) mantiene, a partir de una revisión exhaustiva de la literatura sobre el apego, que una adecuada relación afectiva produce en el niño los siguientes efectos: obtienen mejor desarrollo intelectual; Jacobsen y Hoffmann (1997), Verschueren, Marchen y Veerle Schoefs (1996), Jacobsen y cols., (1994); manifiestan superioridad en algunos aspectos del lenguaje: Van Ijzendoorn y cols., (1995), Morisset (1990), Main (1983); tienen más habilidad para el juego simbólico: Meins y cols., (1998b), Meins (1997), Fein y Fryer (1995); su funcionamiento metacognitivo es más adelantado: Moss, Parent, Gosselin y Dumont, (1993), De Ruiter y Van Ijzendoorn (1993); muestran adelanto en el concepto de permanencia de los objetos y personas: Ahmad y Worobey, (1984), Bell (1978); son más precoces en el conocimiento de sí mismos y de los demás: Laible y Thompson (1998), Cicchetti y cols., (1997), Bartholomew (1990); son más flexibles, abiertos, positivos y realistas en el procesamiento de la información: Kirsch y Cassidy (1997), Grossmann y Grossmann (1993); poseen mayor inteligencia social: Davila y cols., (1996) Wartner y cols., (1994), Frankel y Bates (1990); revelan cierta superioridad en la conducta exploratoria: Grossmann y Grossmann (1991), Casidy, (1986), Main (1983); presentan mayor interés y destreza lectoras: Buss, (1993), Bus y Van Ijzendoorn (1988); en la etapa adulta es mejor su rendimiento laboral: Ardí y Barkham (1994), Bringle y Bagby (1992); exhiben cualidades personales favorables al desarrollo cognitivo: Breterthon, Golby y Cho (1997), Jacobsen y cols., (1994, 1997), Kestenbaum y cols., (1989).

Sobre los factores determinantes en los estilos de apego y los procesos cognitivos, Del Barrio (2002) destaca, apoyándose en Lafuente (2000) que las condiciones óptimas de los padres para desarrollar una buena conducta de apego son: sensibilidad, aceptación del niño, estimulación contingente, capacidad de anticipación, capacidad de equilibrar el control y autonomía del niño y el apoyo intelectual y afectivo en la realización de tareas.

Basándonos en lo anterior podemos decir que, los estilos apego son relativamente estables, y según Bowlby, la continuidad del estilo de apego se debe a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y otros componentes específicos de la personalidad. Estos modelos logran mantenerse relativamente estables porque justamente se desarrollan y actúan en un contexto familiar también relativamente estable (Stein y cols., 2002; Musitu y Cava, 2001; Mikulincer y Florián, 1999). Sin embargo, los patrones de apego no son estáticos, pueden sufrir variaciones en función de los cambios provocados por acontecimientos vitales que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que formen parte de la relación de apego (Moreno, Del Barrio y Mestre 1996).

La relación con las figuras de apego posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función del desarrollo cognitivo y afectivo que le permitirá actuar, comprender la realidad, anticipar el futuro y establecerse metas (Bradley y Cafferty, 2001). Si partimos de la premisa de que los modelos de realidad son estructuras cognitivas que forman los modelos representacionales del mundo, entonces debe reconocerse que son además la única forma que tiene el individuo para establecer una relación con éste (Guidano, 1994). Esto significa que una de las características más importantes para el desarrollo de una relación estrecha son las construcciones autorreferenciales recíprocas con la imagen de la persona o personas significativas (Botella, 2005).

Las personas con estilo de apego seguro realizan una búsqueda activa de información, están abiertos a ella y poseen estructuras cognitivas flexibles ya que como su nivel de ansiedad es mínimo, son capaces de incorporar nueva información, aunque esto les lleve a períodos momentáneos de confusión, pues son capaces de reorganizar sus esquemas (Botella, 2005; Oliva, 2004). Esta



capacidad les permite ajustarse de manera adecuada a los cambios del ambiente, a proponerse metas realistas y a evitar creencias irracionales. Las personas con estilo de apego evitativo, rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas. Las personas ansiosas-ambivalentes también muestran este comportamiento, pero a diferencia de los evitativos, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos les llevan a alejarse de ella. (Mikulincer, 1997).

### **1.6. Apego temprano, persistencia y relaciones interpersonales futuras.**

Slade (1987) mantenía que el apego seguro en la infancia era predictor de una buena interacción entre el niño y la figura parental a corto plazo. No opinaban lo mismo Grossman y Grossman (1991) al no hallar una correlación significativa entre apego seguro en la infancia y la relación posterior a los seis años. Como hemos citado anteriormente, las formas de apego se desarrollan en forma temprana y poseen alta probabilidad de mantenerse toda la vida (Bartholomew, 1997, 1994), permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado las creencias acerca de sí mismo y de los demás y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y el mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida del individuo (Bradley y Cafferty, 2001). No obstante pueden sufrir alteraciones ante acontecimientos vitales o situaciones estresantes (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996) o frente a un ambiente familiar que les lleve de una infancia bien ajustada a una adolescencia problemática (Lewis y cols., 2000).

Así determinadas características presentes en las dinámicas relacionales que establecen las personas, guardan una estrecha relación con sus estilos de apego individuales. La estabilidad de los estilos de apego a lo largo del ciclo vital se ha explicado como producto de la persistencia de los modelos internos (Botella, 2005). Estos modelos internos canalizan nuestros procesos cognitivos y emocionales mediante: la selectividad de la atención, la génesis de sesgos en la codificación y recuperación de los recuerdos, la influencia sobre los procesos de atribución de significado. Slade y cols.,

(1999a) ponen el énfasis en las relaciones que establecen las madres autónomas (seguras) con sus hijos pequeños, de una manera más coherente, con más alegría y disfrute en la relación y Fonagy (2004), cree que la capacidad de los padres para adoptar una postura intencional hacia un niño que no la ha desarrollado todavía, es decir pensar respecto al niño en términos de pensamientos, sentimientos y deseos, es la llave de transmisión del apego y además explica las observaciones clásicas referentes a la influencia y sensibilidad del cuidador principal (Fonagy y cols., 1991a). Botella (2005) añade que en los procesos emocionales que se dan en el apego intervienen mecanismos de evaluación primaria, es decir, conexiones directas entre el sistema de significado y la respuesta emocional y mecanismos secundarios mediados por la cognición.

Sobre la posibilidad de cambios de los estilos de apego, éste parece requerir la combinación de nuevas experiencias relacionales y nuevas formas de interpretarlas (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996). De esta manera aquellas personas con un estilo de apego seguro tienden a desarrollar modelos mentales de sí mismos como amistosos, afables y capaces, y de los otros como confiables y bien intencionados (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003, Bowlby, 1990), por lo que resulta relativamente fácil intimar con otros y no se preocupan acerca de ser abandonados o de que otros se encuentren muy próximos emocionalmente.

Las personas con estilo de apego ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros (Mikulincer, 1998b), y de los otros como poco confiables y resistentes a comprometerse (Feeney y Kirkpatrick, 1996) lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono (Bowlby, 1993, 1990). Por último, aquellos con un estilo de apego evitativo desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de los otros (Simpson, Rholes y Phillips, 1996; Collins, 1996; Feeney y Kirkpatrick, 1996). Hay evidencia que los adultos con distintos tipos de apego difieren en ciertas características de personalidad y éstas se mantienen a lo largo de la vida (Bourbeau y cols., 1998).

Buchheim, Brisch y Kächele, (1998) sostienen que los problemas de apego, a menudo se transmiten generacionalmente a menos que alguien rompa la cadena. Por ejemplo, un padre con estilo de apego inseguro puede no estar en capacidad de desarrollar un apego fuerte con su hijo, en la manera de proporcionarle los cuidados que requiere para un desarrollo emocional, lo que a su vez puede llegar a influir en sus dificultades para relacionarse con otras personas. De estudios anteriores (Benoit y Parker, 1994; Hetherington y Parke, 1993) se puede considerar la existencia de una transmisión intergeneracional. En esta misma línea Gloger-Tippelt (1999) observó que los padres con representaciones mentales autónomas y seguras de apego, generalmente tenían hijos con estilos de apego seguro, mientras que aquellos con representaciones de apego inseguro tenían hijos con estilos de apego evitativo y/o estilos de apego ansioso-ambivalente.

Bowlby mantenía la tesis que el vínculo de apego entre la madre y el niño debía de tener consecuencias tanto en las relaciones posteriores como en la comprensión de uno mismo y en el desarrollo o no de psicopatología. Sobre esto se han realizado estudios para confirmar dicha hipótesis. En la misma línea Bourbeau y cols., (1998) recuerdan y citan a Bowlby que mantenía que el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, otros y el mundo social en general y juicios que afectan la formación y el mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo, tal y como anteriormente habían postulado Mikulincer, (1997), Beck, Rush, Shaw y Emery, (1983) y Kelly (1963).

### **1.7. Apego y variables de personalidad. Apego y estrés.**

La calidad del apego madre-hijo va a depender de lo que cada una de las partes involucradas aporte a la relación, así como de la influencia directa que cada una de ellas ejerce sobre la otra (Botella, 2005; Bowlby, 1990). En este sentido, son muchas las investigaciones que han relacionado el estilo de apego con variables como la experiencia individual y constitución genética (Weaver y Waal, 2002), la calidad del cuidado, la receptividad al llanto, la alimentación, la accesibilidad psicológica, la cooperación y la aceptación de la madre (Isabella, 1993). Al mismo tiempo se han realizado investigaciones que buscan comparar la calidad de las relaciones del niño con cada uno de sus padres, llamando la atención el hecho de que es posible que el niño desarrolle un estilo de apego seguro con un padre y un estilo de apego inseguro con el otro (Fox, Kimberly y Schafer, 1991), constituyéndose esto en una evidencia de que una característica de personalidad como el temperamento, por sí solo no permite clasificar a los niños de acuerdo a un patrón de apego seguro o inseguro; aún cuando hay estudios que atribuyen mayor importancia al temperamento infantil en la predicción del estilo de apego (Martínez-Fuentes y cols., 2000; Mangelsdorf y Frosch, 1999; Calkins y Fox, 1992).

Según Bowlby, el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil. Sobre la calidad del apego, un estudio llevado a cabo en niños españoles muestra cómo la calidad del apego está más fuertemente ligada al temperamento del niño que a los rasgos de personalidad de la madre (Martínez-Fuentes y cols., 2000), lo que apunta a un mayor protagonismo del niño en la constitución del vínculo.

Diferentes investigadores han tratado de demostrar que los distintos estilos de apego se asocian a condiciones personales. Así, Shaven y Brennan citados por Bourbeau y cols., (1998) examinaron las relaciones entre estilos de apego y cinco grandes factores de la personalidad, encontrando que los individuos seguros eran menos neuróticos, más extrovertidos y más conformes

que los individuos inseguros que eran más ansiosos y esquivos. En la misma línea, Lafuente (2000) confirma su hipótesis y reconoce que los adultos con un estilo de apego seguro tienen más alta autoestima, son socialmente más activos y presentan menos soledad que los individuos con un apego inseguro ambivalente.

Bartholomew y Horowitz (1991) han examinado las relaciones existentes entre el contexto familiar y variables de personalidad en adultos. Este estudio se basó en las categorías de apego descritas por ellos y se aplicó a jóvenes y adultos, encontrándose que en general, las personas con estilo de apego seguro tenían una evaluación más positiva de la familia de origen y del clima familiar actual, tenían una personalidad más positiva, mayor sociabilidad, dominio, autoestima y empatía. Las de apego inseguro, eran temerosas y preocupadas (Bourbeau y cols., 1998). En otros estudios se ha comprobado que las personas que han tenido un apego seguro, poseen una mejor visión de sí mismas, mejor estructura propia, más positiva, se sienten más fuertes frente a las adversidades, al contrario de lo que pasa con las personas que han tenido un apego inseguro o no tan firme. (Mikulincer, 1995). De estas referencias se desprende que algunas características de personalidad y los estilos de apego pueden mantenerse estables a lo largo de la vida (Váldez, 2002).

Aún así, Griffin y Bartholomew (1994) plantean que ésto no sería tan estricto para toda la gente, ya que dicen que los estilos de apego describen modelos prototípicos de contestaciones emocionales y de conducta interpersonal y deben verse como un sistema más grande de motivación humana. Es más, algunos individuos con estilo de apego seguro también pueden presentar ansiedad, depresión y aislamiento social (Bourbeau y cols., 1998).

En consecuencia, una primera postura con respecto a esta cuestión es la de considerar que algunas de las características temperamentales del niño pueden afectar a su comportamiento y sus reacciones en la Situación del Extraño, y por lo tanto a su clasificación en un tipo de apego. Rothbart y Ahadi (1994) lo plantearon indicando que el temperamento determinaría la calidad de la relación afectiva siempre y cuando constituyera un obstáculo difícil de superar por parte del cuidador. Por ejemplo, un niño irritable es probable que

experimente más malestar ante la separación, y que busque más contacto cuando vuelva la madre, aunque sin llegar a calmarse. Esta reacción sería independiente de las características de responsividad y sensibilidad de la madre. Este niño tendrá más posibilidades de ser considerado de apego inseguro-ambivalente. Sin embargo, los datos disponibles indican, como señalaron Belsky y Rovine (1987), que el temperamento del niño parece influir sobre el comportamiento de éste en la Situación del Extraño, pero sin afectar a aspectos que tienen que ver con la clasificación que recibe el niño. En concreto, lo que se ve afectado es la expresión emocional de la seguridad o inseguridad del niño en esta situación.

Entre los argumentos expuestos por quienes consideran que temperamento y apego son factores independientes (Belsky e Isabella, 1988), hay que destacar la alusión a las diferencias entre los tipos de apego que el niño establece con distintas figuras como padre y madre, padres y cuidador. Los datos más completos proceden de un meta-análisis realizado por Fox, Kimberly y Schafer (1991) y son bastantes concluyentes, ya que, en la mayoría de los casos existe concordancia entre el tipo de apego establecido con el padre y la madre (citado en Oliva, 2004). Sin embargo, ello no quiere decir que sea debido sólo a la influencia de las características temperamentales del niño, la responsividad de la madre es un factor determinante tal y como apuntan Mangerlsdorf y cols., (1990) y que mediatiza, todas las interacciones que sostiene con él y que además determinará la seguridad del apego establecido (citado en Oliva, 2004).

Sobre este punto referido, Belsky e Isabella (1988), ya habían anticipado que deberían tenerse en cuenta variables como la personalidad de la madre o cuidador principal. No obstante la concordancia en las relaciones de apego puede deberse a que los padres comparten valores e ideas en cuanto a aspectos tan relevantes para la formación del apego como la responsividad y sensibilidad hacia las peticiones del niño. A juicio de Oliva (2004), la mejor hipótesis sobre las relaciones entre temperamento y apego es la que plantea el modelo de bondad de ajuste de Thomas y Chess, (1977), referida a la interacción entre las características temperamentales del niño y las características de los padres. Es decir, ciertos rasgos del niño pueden influir en

el tipo de interacción adulto-niño y, por tanto, en la seguridad del apego, pero en función de la personalidad y circunstancias del adulto. Como hemos citado anteriormente, los hallazgos del estudio realizado por Mangerlsdorf y cols., (1990) apuntan en esta dirección. Era más probable que un niño estableciese un apego inseguro con su madre cuando éste tenía un temperamento difícil y, además, su madre mostraba una alta compulsión. Crockenberg (1981) fué capaz de predecir la inseguridad en el apego a los doce meses a partir de la irritabilidad del recién nacido, pero sólo para bebés cuyas madres eran poco responsivas al llanto de su hijo cuando éste tenía tres meses, y que además carecían de apoyo social. Es decir, aunque el temperamento difícil del niño no lleva directamente a la formación de un vínculo afectivo inseguro, sí limita las posibilidades de que desarrolle un apego seguro (Oliva, 2004).

El estilo de apego depende del trato recibido por las principales figuras afectivas que a su vez deriva de las características personales de las mismas (Lafuente, 2000). En otras palabras, el apego es el resultado de una relación que se establece entre los dos miembros de una díada donde las características del niño y del cuidador pueden influir en la seguridad del apego que se ha establecido (Oliva, 2004). Hay evidencia de que algunas características como el bajo peso al nacer, ser prematuro, y ciertas enfermedades del recién nacido, exigen más cuidados de los padres, y en familias de riesgo pueden llevar a un tipo de apego inseguro (Oliva, 2004). Desde este punto de vista, es razonable pensar que el temperamento del niño puede influir en el tipo de apego que llegue a establecer. La existencia de esta relación ha suscitado un acalorado debate en los últimos años, sin que se haya llegado a un acuerdo absoluto (Fonagy, 2004).

De los estudios que se han realizado y cuyo objetivo era poner de relieve la correlación entre el patrón de apego y algunas características de personalidad, Fonagy (2004) considera que del resultado de estos, no se desprende una relación unívoca entre tipo de apego y comportamiento manifiesto de la personalidad; mientras que, probablemente, la modalidad de apego incide en la capacidad representacional del sujeto respecto del self de los otros, y a la relación con los otros.

Leondari y Kiosseoglou (2000) analizaron la relación entre los estilos de apego y la separación psicológica de los padres, según el funcionamiento psicológico de un grupo de adolescentes. Observaron que existía una asociación positiva entre el estilo de apego seguro y la libertad para sentir la ausencia de sentimientos de culpabilidad, ausencia de ansiedad y ausencia de resentimiento hacia los padres, lo que sugería una relación inversa entre un apego y la independencia emocional, funcional y actitudinal de éstos. Esto también puede llevarnos a suponer que los individuos que han desarrollado un estilo de apego seguro, tienen una percepción más positiva de sí mismos (Siegel, 1999), más seguridad y la capacidad para enfrentar los problemas con una estructura más organizada (Girón, 2003; Flores, 2001); al contrario de lo que podríamos esperar con aquellos que han desarrollado un estilo de apego inseguro. Hay investigaciones que sugieren la asociación entre estilo de apego y ciertas conductas de riesgo para la salud, como el uso de sustancias y la falta de compromiso con cualquier tipo de tratamiento (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

### **1.8. Desorganización del apego y psicopatología.**

Dentro de las posibles relaciones existentes entre los patrones de apego y la psicopatología, no podemos pasar por alto las conductas contradictorias, desorganizadas o estereotipadas. En el año 1986, Main y Solomon describieron por primera vez la conducta desorganizada de apego. Más tarde Main y Hesse (1990) relacionaron el apego desorganizado con un ambiente asustado o de cierto miedo. Este patrón de apego, según los autores citados, aparece con frecuencia en niños cuyos cuidadores inspiran miedo, por lo que se encuentran frente a la paradoja de necesitar protección de las figuras que a su vez les provocan circunstancias atemorizantes. En una investigación posterior Lyons-Ruth y col., (1999) hallaron también que cuando la figura del cuidador provoca miedo, esto puede predecir la desorganización del apego.

Desde la neurobiología hay evidencia de que estos niños presentan altos niveles de cortisol salival cuando son puestos en la Situación Extraña



(Hetsgaard y cols., 1995; Spangler y Grossman, 1993). El cortisol es una hormona que se segrega en mayor proporción en situaciones de estrés y puede llegar a dañar el hipotálamo. De esta manera cobra sentido que la hiperactividad temprana del sistema nervioso a causa del estrés pueda ocasionar en posteriores situaciones estresantes que el organismo funcione de forma irregular tal y como mantienen Chilsom (1998), Marcovitch y cols., (1997) y Carlson y cols., (1995); si la exposición es repetida, el cortisol actúa destruyendo el tejido cerebral (Yehuda, 1998; Sapolsky, 1996).

Así podemos suponer que el estilo de apego desorganizado mantiene una relación con la agresividad infantil, la disociación y las reacciones violentas tal y como se desprende de estudios longitudinales (Shaw y cols., 1996; Goldberg y cols., 1995; Hubbs-Tait y cols., 1994; Lyons-Ruth y cols., 1993, 1997) como de los transversales (Moss y cols., 1996,1998; Solomon y cols., 1995; Greenberg y cols., 1991; Speltz y cols., 1990). Este tipo de conductas desorganizadas están relacionadas con factores familiares y maltrato, depresión mayor o trastorno bipolar en la figura o figuras de apego.

A este respecto Lyons-Ruth y cols., (1990) ya observaron una relación estrecha entre cuidador/a severamente deprimido y el apego desorganizado. Aizpuru (1994) refiere que en diversos estudios se ha encontrado que en niños maltratados hay una mayor incidencia de apego ansioso y que estos muestran un mayor índice de frustración y de agresión. El apego desorganizado parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada (Jacobovitz y Hazen, 1999, Lyons-Ruth y cols., 1997).

Liotti (1995) ha relacionado los síntomas disociativos con experiencias de pérdida de las figuras parentales en los primeros años de vida del niño. Para Hesse y Main, los individuos con un trauma no resuelto o experiencias de pérdida, son más propensos a fenómenos disociativos (citado en Fonagy, 2004). Anteriormente un trabajo de Carlson (1998) mostraba una relación directa entre los síntomas disociativos a los 17 años, y el apego desorganizado a los 12 y 18 meses.

En esta misma línea de investigación, O'Connor, Rutter y Kreper (2000) han llevado a cabo un estudio sobre la adopción y concluyeron que la privación prolongada ocasionaba trastornos de apego, dificultades en la

relación con los compañeros, hiperactividad y dificultades cognitivas. Winnicot (1958) y Roy (2000) compararon niños que vivían en aldeas infantiles con niños que vivían en familias de acogida y comprobaron que la hiperactividad era mucho más acentuada en los niños de las aldeas infantiles (citados en Fonagy, 2004).

Marvin y Britner (1999) investigaron las clasificaciones de apego a los 4 y 6 años en niños rumanos adoptados en Gran Bretaña. El número de niños con apego seguro fue menor que el esperado estadísticamente. Parece probable que la continuidad de la privación incide en los Modelos de Funcionamiento Internos y que en el polo opuesto el apego seguro genere sentimientos de capacidad y autoestima.

Por último, en sendos estudios sobre muestras de riesgo, Shaw y cols., (1997) y Shaw y Vondra (1995) sugieren que el apego desorganizado puede ser un factor de vulnerabilidad para trastornos psicológicos posteriores, si se combina con otros factores de riesgo.

Nos parece fundamental mencionar que, en 1944, Bowlby ya expuso su punto de vista de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. La naturaleza de muchos trastornos psiquiátricos, los estados de ansiedad y depresión producidos en la vida adulta pueden relacionarse de manera sistemática con los estados de ansiedad, desesperación y desapego. Estos estados se provocan fácilmente, siempre que se separa a un niño pequeño de la figura materna durante un periodo prolongado, cuando aquel prevé la separación, o cuando la separación es definitiva (Bowlby, 1990; 1988).

Algunos estudios han encontrado las siguientes relaciones entre diferentes patrones de apego y algunos trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfeld y cols., (1999) encontraron relaciones con la depresión en la infancia, dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Warren y cols., (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. También sobre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia, Ogawa y cols., (1997) encontraron relación significativa con los síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años.

Rosenstein y Horowitz (1996) por otro lado demostraron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias (Girón, 2003), trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide.

Greenberg (1999) en su revisión de la literatura al respecto, muestra importantes relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología. Parece probado que los apegos inseguros son iniciadores de caminos que, con probabilidad están asociados con posteriores patologías (Girón, 2003; Sroufe, Carlson, Levy y cols., 1999; Weinfield y cols., 1999; Greenberg, 1999).

De hecho los cambios familiares que amenazan la disponibilidad de las figuras de apego, están relacionadas con desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia así como con trastornos de personalidad en los adultos jóvenes (Stein, Marton, Golombek y cols., 1994). Posteriormente Diamond y Liddle (1999) y Lewis y cols., (2000) afirman que en las familias con jóvenes que tienen trastornos de conducta y drogodependencias, la relación de apego padres-hijos está seriamente dañada.

Hay autores que sugieren una asociación entre los estilos de apego inseguro, la insatisfacción de pareja y las prácticas parentales ineficaces (De Vito y Hopkins, 2001). Por el contrario, parece ser que las personas con un estilo de apego seguro desarrollan una gran confianza hacia sí mismos y los demás, mientras que aquellos con un estilo de apego inseguro poseen una falta de confianza hacia los otros, lo que determina sus relaciones interpersonales (Scout y Cordova, 2002; Mikulincer y Florián, 1999; Collins, 1996). De esta manera, entendemos que la confianza es una condición necesaria para el desarrollo del compromiso personal y social.

En general se admite que el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia (Siegel, 1999) respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta. Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con otros (Fonagy, 2004; Simpson y cols., 1992; Vaillant, 1992). Los individuos de este

grupo se contemplan como personas sanas, con baja ansiedad (Collins y Read, 1990), menos hostilidad, mayores capacidades del yo (Kobac y Sceery, 1988). Asimismo se considera que son socialmente más activos y presentan menos sentimientos de soledad que aquellos con un estilo de apego inseguro.

Otros autores en este sentido, han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno límite de personalidad (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001; Gerlsma y Luteijn, 2000). En esta línea de investigación, Buchheim, Strauss y Kächele (2002) observaron que existía una asociación entre el estilo de apego ansioso, las experiencias traumáticas sin resolver, y el trastorno de ansiedad y la personalidad límite.

Dozier y cols., (1999) señalan que otros autores han encontrado correlación significativa entre el estilo de apego preocupado con una personalidad marcada por sentimientos depresivos y que el estilo de apego rechazante mantiene íntima relación con la personalidad antisocial, el abuso de drogas y de comida. Sin embargo algunos autores discrepan sobre estas tesis y dicen que no existen suficientes datos que permitan validar dichas afirmaciones (Fonagy, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003).

## **1.9. Apego, socialización y adolescencia.**

### **1.9.1. Apego.**

Los estilos de apego continúan a lo largo del ciclo vital, y a través de generaciones (Oliva, 2004; Gloger-Tippelt, 1999; Buchheim, Brisch y Kächele, 1998). Las nuevas relaciones parecen afectadas por las expectativas desarrolladas en las relaciones pasadas (Waters, Hamilton y Weinfield, 2000). Hay autores que han investigado cómo la transición de la infancia a la adolescencia temprana influye sobre la organización de los estilos de apego, sugiriendo la posibilidad de que sean activados ciertos mecanismos de evitación, sin los cuales no sería posible mantener una cierta distancia de las figuras parentales para desarrollar una identidad personal más definida (Ammaniti, Van Ijzendoorn, Speranza y Tambelli, 2000). Es importante contemplar este aspecto, ya que la adolescencia es considerada un período de cambios y de continua reorganización de las representaciones de apego, que se caracteriza por la reevaluación de las experiencias de vida que llevan al desarrollo de la identidad (Zimmermann y Becker-Stoll, 2002).

La adolescencia es una producción social, un período en el que la identidad adquiere nuevas y significativas dimensiones y se alcanza una mayor autonomía mediante la abstracción y la puesta a prueba de hipótesis sobre el mundo y sobre sí mismos (Alves, 1995, 1998). En este sentido, las relaciones de apego se hacen más estables a lo largo del desarrollo y funcionan como un recurso de adaptación que asegura la formación de la identidad (Valdéz, 2002) durante la socialización del individuo.

### **1.9.2. Socialización.**

La socialización comienza en el nacimiento. El niño indefenso se va convirtiendo gradualmente en una persona consciente de sí misma, con conocimientos y diestra en las manifestaciones de la cultura en la que ha nacido. A este proceso lo llama Giddens (1998) socialización. La socialización del niño incluye muchos aspectos, entre los que se cuenta, por supuesto, su instalación emocional. Musitu y Allatt (1994) definen la socialización como un

proceso de aprendizaje no formalizado y en parte inconsciente, en el que a través del entramado de relaciones, el niño asimila conocimientos, actitudes, valores, sentimientos y necesidades que caracterizarán para toda su vida su estilo de adaptación al ambiente. Arnett (1995) señala que la socialización es un proceso interactivo donde el individuo aporta sus características en formas de conductas y creencias.

La expresividad emocional infantil está profundamente ligada a la familia y especialmente a la madre (Del Barrio, 2002). Ésta funciona como modelo de conducta y como intérprete ante los distintos estímulos emocionales ambientales (Halberstadt, 1991). Shafii y Shafii, (1995) hacen notar el importante papel de la familia en la génesis, expresión y mejora de los trastornos emocionales. Los niños son el termómetro de la familia y ésta representa el contexto de desarrollo más importante durante los años de la infancia (Oliva, 2001), por lo que es indispensable trabajar con ella ya que, en teoría, ha enseñado qué es lo valioso y cuáles son las normas para la buena adaptación e integración en sociedad (Musitu y Cava, 2001; Minuchin, 1968). Para Musitu y Cava, (2001) en el seno familiar adquirimos los valores, creencias y conductas apropiadas a la sociedad y la socialización aparece como el nexo de unión e integración en la construcción de la personalidad del individuo.

Los padres no sólo socializan a través del lenguaje y la educación, sino que actúan como modelos y precisamente son modelos especialmente potentes en lo que se refiere a la vida emocional (Del Barrio, 2002); así los padres más expresivos emocionalmente, tanto negativa como positivamente, desarrollan en sus hijos conductas más prosociales y exitosas socialmente (Cummings y cols., 1984).

La familia tiene una función eminentemente protectora y socializadora. Dentro de ésta, el niño establecerá nexos con el mundo exterior, haciéndose patente a través de la seguridad que se vaya solidificando según las relaciones entre los miembros de la familia (Serra y Zacarés, 1999). Se producen alianzas y coaliciones que en parte definen su estructura funcional. La ruptura de una alianza o coalición implica la necesaria reestructuración de la dinámica familiar (Ortigosa, 1999; Mahoney, 1991). Las relaciones afectivas familiares

tempranas proporcionan la preparación para la comprensión y participación de los niños en relaciones familiares y extrafamiliares posteriores. Ayudan a desarrollar confianza en sí mismo, sensación de autoeficacia y valía (Trianes, 2002). Dentro de ésta, la riqueza de las interacciones madre-hijo o cuidador-hijo es el predictor más consistente de la habilidad, el conocimiento y la motivación en los niños (Pino y Herruzo, 2000).

### **1.9.3. Adolescencia.**

Adolescencia igual que autoconcepto y autoestima, son conceptos básicos pero llenos de significado por su implicación en el grupo de edad con el que trabajamos, no obstante somos conocedores de los límites que nosotros mismos establecemos al abordarlos. Tradicionalmente se ha pensado que la adolescencia era un periodo tormentoso y de tensión (Freud, 1958), un periodo agotador, (Blos, 1962) y de crisis de identidad (Erikson, 1980) que estaba cargado de trastornos emocionales y de enfrentamiento y conflicto con los padres (Calzada, Altamirano y Ruiz, 2001). Otros autores consideran que la adolescencia es una fase de crecimiento en la que hay una adaptación al desarrollo, estabilidad emocional y armonía intergeneracional. Según Scales (1991), el 80% de los adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades (Musitu, Buelga, Lila, Cava, 2001; Kearney-Cooke, 1999).

Según Elzo (2000), más del 80% de los adolescentes españoles, consideran a la familia como un espacio seguro de estabilidad y hacen una valoración muy positiva de la familia como *colchón protector* (Serra y Zacarés, 1999:78) y como espacio de convivencia (Elzo, 1998). Muchos adolescentes mantienen un buen clima familiar, permanecen en el hogar paterno hasta casi la edad adulta, piensan de forma similar a sus padres, y se sienten muy satisfechos de su relación con ellos (Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998), y el nivel de conflictos es bajo (Motrico, Fuentes y Bersabé, 2001). Así los padres siguen siendo las principales fuentes de apego y apoyo emocional (Noller, 1994).

No obstante, una de las principales tareas evolutivas que deben resolver los seres humanos durante la adolescencia, es llegar a adquirir autonomía respecto de sus progenitores, y prepararse para vivir como un sujeto adulto con capacidad para decidir y actuar por sí mismo (Oliva, 2001).

Especialmente en este período las opiniones que percibimos de los que son significativos para nosotros se constituyen en la base sobre la que construimos nuestro autoconcepto y autoestima (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; Markus, 1999; Shrauger y Schoeneman, 1999). Los otros significativos son las personas importantes e influyentes y sus opiniones son muy significativas para nosotros.

Según Berk (1997) la autonomía adolescente tiene un importante componente emocional, pues implica contar más con uno mismo y menos con los padres como guía y apoyo. Es aquí donde aparece la capacidad de influencia de los iguales y la familia, en muchos casos, puede situarse en segundo lugar (Oliva, 2001). Sin embargo no debemos olvidar considerar el apego y la familia como el núcleo relacional primario que introducirá primero al niño/a después adolescente, en el grupo familiar y social (Fonagy, 2004; Hervás, 2000; Main, 1996) y en buena medida actuarán como determinantes de carácter ambiental influyendo positiva o negativamente en su desarrollo evolutivo y emocional (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004).



## 2. EMOCIONES, ESQUEMAS Y DEPRESIÓN.

En este apartado abordamos la revisión de los aspectos más relevantes de las emociones y de los factores que pueden producir la alteración de las mismas. Nos parece fundamental basarnos en el marco teórico del apego, que hemos expuesto anteriormente, por considerarlo muy importante. Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007), además se ha comprobado que en el curso de la depresión en el niño correlaciona con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño (Puig-Antich y cols., 1985b).

En investigación sobre niños españoles, se ha encontrado que el ítem del Children's Depression Inventory (CDI) que más correlaciona con depresión es "nadie me quiere", lo cual corrobora que el vínculo afectivo es un fuerte elemento relacionado con la depresión (Del Barrio, 1990). En consecuencia, nos parece importante establecer relación entre los vínculos tempranos con la figura de apego, las teorías cognitivas, la evolución y desarrollo emocional del individuo. Para Del Barrio (2007), un apego bien establecido parece estar en relación directa con la seguridad del niño, siendo ésta la base en donde se asienta su estabilidad emocional.

La ausencia de vínculo afectivo se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional (Ainsworth y Bell, 1970). Es por ello que en primer lugar, revisaremos la diferenciación conceptual para delimitar mejor el campo de trabajo. En segundo lugar recordaremos algunas teorías aplicadas a las emociones. Seguiremos con el desarrollo emocional, los esquemas disfuncionales y los errores cognitivos, que entre otros factores, pueden provocar el trastorno. La conducta de apego canaliza la afectividad y su ausencia tiene una gran importancia en la aparición de los trastornos emocionales, especialmente la depresión (Del Barrio, 2007). Por último se recogen los datos más relevantes sobre depresión, los factores de riesgo que predisponen a los trastornos emocionales y cómo se puede llevar a cabo la evaluación de algo tan difícil de explorar como la afectividad. Estamos

convencidos de que las descripciones de la depresión infantil que ofrecieron René A. Spitz (Spitz y Wolf, 1946) y John Bowlby (1958) levantaron los primeros argumentos sobre bases descriptivas, de los trastornos afectivos utilizando nombres diferentes como depresión anaclítica u hospitalismo (citados en Figueras, 2006). De hecho muchas de sus observaciones se han mantenido a lo largo del tiempo y probablemente lo único que se ha revisado profundamente haya sido su creencia en la irreversibilidad del problema, ya que actualmente sí se considera un proceso reversible (Del Barrio, 2007).

## **2.1. Emoción, Sentimiento y Estado de Ánimo.**

Emoción, sentimiento y estado de ánimo son vocablos empleados indistintamente en un gran número de campos, lo que puede inducirnos a cometer errores en base a una confusión semántica. Sería necesario tratando de emociones tener claro si nos referimos a disposiciones generales y rasgos de personalidad o experiencias episódicas (Liotti, 1991). Cada vez más, se pone de manifiesto la cabal importancia del lenguaje y es por eso que creemos oportuno precisar el significado de cada uno de estos términos, proponer una definición totalmente abierta a posibles aportaciones externas pero, sin embargo, necesaria para un correcto avance de esta investigación.

Izard (1991) sugiere que la *emoción* es la combinación de procesos afectivos e intelectuales. Mahoney (1991) propone que las emociones pueden explicarse evolutivamente como diferenciaciones e integraciones progresivas de dos estados emocionales básicos (placer y dolor) presentes desde el nacimiento. Para Lang (1995) las emociones son el resultado de la combinación de dos dimensiones afectivas; la apetencia o aversión y el arousal (activación) emocional, mientras que para Fridja (1993) un episodio emocional es una información sobre la tendencia a la acción ante una finalidad precisa y circunscrita a ese episodio. Así la emoción puede entenderse como información sobre la disposición de actuar para conseguir una finalidad determinada y concreta (Liotti, 1991).

De otro modo, podemos estudiar los *sentimientos* como formas generales de la afectividad. Para Fridja, Mesquita, Sonnemans y Van Goozen

(1991) los sentimientos son disposiciones a responder emocionalmente a un objeto específico y puede persistir en ausencia de estímulos. Marina y López (1999) creen que el sentimiento es una experiencia consciente que sintetiza los datos que tenemos acerca de las transacciones entre los deseos, las expectativas o creencias y la realidad. Marina sostiene, así mismo, la tesis que contempla los sentimientos como “balance consciente de nuestra situación”. Por otra parte, Fridja (1993) también precisa que el sentimiento refleja un estado afectivo irreductible que por lo general se enriquece mediante el significado y la razón. Para Greenberg y Paivio (2000), el sentimiento supone darse cuenta de las sensaciones básicas del afecto, es decir, conlleva la vivencia corporalmente sentida.

El sentimiento se origina a partir de una emoción pero, a diferencia de ésta, su duración es mayor que el estímulo que la origina (Bisquerra, 2000; Castilla del Pino, 2000; Fridja y cols., 1991; Liotti, 1991). Así, las emociones, pasadas por el filtro de la razón, son las que se prolongan y se mantienen estables en el tiempo debido a la intervención de la voluntad del individuo. Para Le Doux (1999) los sentimientos son emociones voluntarias que pueden ser positivas y negativas. Otros autores insisten, por ejemplo, en el componente subjetivo o cognitivo que aportan los sentimientos a las emociones; es más, el sentimiento como estado originado a partir de una emoción puede persistir en ausencia de estímulos (Fridja y cols., 1991). Las emociones y los sentimientos conllevan un proceso natural de surgimiento y terminación. Este proceso espontáneo de emerger y pasar se produce porque muchos pensamientos implican procesos de extracción automática sobre los que, muchas veces, tenemos poco control consciente (Greenberg y Paivio 2000).

Desde otra perspectiva, Castilla del Pino (2000) concibe los sentimientos como conjunto o repertorio de estados sentimentales de que puede disponer un sujeto que entabla una gran variedad de relaciones con personas, animales, cosas o situaciones. Los sentimientos son objetos mentales de quien los experimenta y como tales, forman parte de su nivel anímico. Esta es una perspectiva más psicodinámica.

Otra de las expresiones del afecto es el *humor o estado de ánimo*, que puede surgir de forma cíclica y se instala en el individuo más lenta y

progresivamente que las emociones, aunque ciertos estímulos externos (como la pérdida o el duelo) pueden influir en su aparición y duración (Bulbena, 1998). Los estados de ánimo más comunes son aquellos que oscilan alrededor del eje alegría-tristeza, a los cuales cabe añadir irritabilidad, calidez o mal humor, entre otros.

Si bien la intensidad del estado de ánimo es menor que la de las emociones agudas, también es cierto que su duración es indefinida, sus efectos pueden mantenerse por horas, días, meses e incluso años. Principalmente depende de nuestras valoraciones globales acerca del mundo en el que vivimos y de los sentimientos personales de cada sujeto (Bisquerra, 2000; Kovacs y Beck, 1978); al contrario de la emoción, que constituye una respuesta aguda pero transitoria del individuo, el estado de ánimo, decíamos, corresponde a una predisposición o marco de sensibilidad emocional bastante más duradera que puede interferir en el proceso de crecimiento personal de las personas, especialmente de los adolescentes (Del Barrio, 2002). Por consiguiente, consideraremos la depresión como un estado de ánimo (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004).

Hemos visto también la dificultad que, en ocasiones, conlleva el distinguir entre los diferentes fenómenos emotivos (emoción, sentimiento, afecto, humor, o estados de ánimo). Dificultad que aparece, sobre todo, en cuanto repasamos las divergencias que surgen entre los diversos puntos de vista de los autores a la hora de evaluar con precisión las diferencias subjetivas. En consecuencia, parece consensuado que la duración e intensidad de cada uno de estos fenómenos emotivos es uno de los elementos presentes en la distinción (Bisquerra, 2000; Castilla del Pino, 2000; Bulbena, 1998; Liotti, 1991; Fridja y cols., 1991) y una de las variables patentes en los resultados que se obtendrán al cotejar los cuestionarios.

## 2.2. Las emociones: antecedentes.

Existe una conciencia cada vez mayor en psicología respecto a la consideración de la emoción como un concepto clave en el estudio de la mente (Greenberg, 1991; Korman, 1991). Desde una perspectiva dimensional cuando estudiamos las emociones es necesario especificar cuál de sus diversas dimensiones se está considerando: la activación neuro-vegetativa, la conducta expresiva o comunicativa o bien la experiencia subjetiva (Bisquerra, 2000; Liotti, 1993). En este trabajo, al hablar de emociones, nos referiremos a la experiencia subjetiva y/o a la conducta expresiva.

El ser humano no asiste a los acontecimientos de su vida de un modo neutral, es también un ser emocional, por lo que toda vivencia le produce un efecto propio y particular que opera a nivel afectivo, hecho que mediatiza todas y cada una de sus acciones (Bulbena, 1998). Las emociones son experiencias subjetivas que forman parte del mundo afectivo (Del Barrio, 2002; Bisquerra, 2000; Bulbena, 1998), son tendencias de acción relacional que resultan de la evaluación de una situación que nos afecta (Greenberg y Paivio, 2000; Fridja, 1986), son óptimos indicadores de los procesos de cambio y estos, a su vez, son fenómenos complejos en los que se integran necesariamente las dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales (Lane y Schwartz, 1987, 1993) y por supuesto es un medio de información del organismo, uno de los primeros niveles con que tanto el niño como el adulto construyen la realidad (Greenberg, 1991; Korman, 1991).

La afectividad que suscitan las emociones se convierte en un filtro que colorea sus días, es una forma de ver y, sobre todo, de interpretar los acontecimientos vitales más allá de la razón (Le Doux, 1999). Esta afectividad le dota de un estado subjetivo que orienta su conducta y provoca su desdicha o felicidad pues la emoción, en esencia, nos sugiere qué es lo que está siendo importante para nosotros. Pérez y González (2005) justifican la alta heterogeneidad de significados debido a la multiplicidad de matices del fenómeno emocional.

Se parte de la consideración que podemos analizar las emociones desde diferentes perspectivas: el individuo, el observador, y la sociedad. De hecho,

distinguir las es muy útil a efectos prácticos; Lazarus (1991) por ejemplo, propone un esquema provisional de clasificación<sup>2</sup> que distingue entre emociones negativas, emociones positivas y emociones ambiguas que él llama *borderline* y que Fernández-Abascal (1997) llama *neutras*. Ekman y Friesen (1975) ya habían suscrito que las primeras son el resultado de una evaluación desfavorable respecto a los propios objetivos y se perciben como una amenaza o frustración respecto de tales objetivos: ira, susto, ansiedad, culpa-vergüenza, tristeza, envidia-celos o disgusto son algunas de las muchas emociones negativas que podemos experimentar, en contraste con el pequeño repertorio de emociones positivas (citado en Greenberg y Korman, 1993). Y es que, parece que hemos desarrollado más y más emociones negativas y una mejor diferenciación entre ellas para ayudarnos en la búsqueda de la supervivencia. (Greenberg y Paivio, 2000).

Las emociones positivas, el otro elemento que activa esta oposición binaria, son el resultado de una evaluación favorable del sujeto respecto a sus circunstancias personales (Lazarus, 1991), e incluyen la alegría-felicidad, estar orgulloso, amor-afecto o alivio aunque son pocas en cantidad. Russell y Lemay (2000) identifican una serie de propiedades del fenómeno emocional: la existencia de límites confusos, categorías relativas y elementos típicos en respuestas emocionales concretas.

En la actualidad existe un acuerdo generalizado al identificar dos de las dimensiones que la conforman la estructura afectiva, dimensiones que tienen un carácter bipolar y que serían, por una parte la valencia afectiva: el placer-displacer y por otra el arousal o activación que iría desde la excitación/alta activación hasta la calma o desactivación (Pérez y González, 2005; Russell y Feldman Barret, 1999). Por último, y un tanto desligada de las dos anteriores, las emociones *borderline* son aquellas cuyo estatus es equívoco o cuando menos algo ambiguo: esperanza, compasión, o las emociones estéticas serían buena muestra de ello.

---

<sup>2</sup> Lazarus también incluye las no-emociones, pero este es un tema que lleva a discusión. No hay acuerdo entre autores. Conviene aclarar que Lazarus afirma que se trataría de estados indefinidos que se prestan a múltiples interpretaciones. Así, por ejemplo, considera que la depresión no es una emoción, sino el resultado de un conjunto de factores entre los que se encuentran emociones negativas como la tristeza.

Hay, por otro lado, algunos autores que se han centrado en el estudio de las llamadas *grandes emociones*: ira, ansiedad, depresión y finalmente, los que han designado las *seis básicas*: felicidad, tristeza, ira, sorpresa, miedo y disgusto (Goleman, 1996). Así mismo las emociones se estructuran en diferentes niveles en función al modo en que se manifiestan. Bisquerra (2000), en su estudio “Educación emocional y bienestar” distingue entre el nivel neurofisiológico, el conductual y el cognitivo. La manifestación neurológica de las emociones se da en respuestas involuntarias como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, tono muscular, presión sanguínea, respiración, secreciones hormonales etc. Anteriormente Green, Salovey y Truax habían comprobado que la bipolaridad del placer afectivo se mantenía constante ante respuestas emocionales vinculadas a sistemas fisiológicos distintos (citado en Pérez y González, 2005). Por eso, la observación del comportamiento de un individuo puede ayudarnos a inferir qué tipo de reacciones está experimentando. Estas señales se complementan, además, con las aportadas por el lenguaje no verbal, principalmente las expresiones del rostro y el tono de voz, y cuya fiabilidad es sorprendente; se trata de indicaciones de gran precisión.

Desde el campo de las neurociencias existen evidencias que apuntan a la existencia de estructuras cerebrales separadas para el procesamiento del tono hedónico positivo y negativo (Ochsner y Feldman Barret, 2001). En el nivel conductual se aúnan y combinan las expresiones faciales, el tono de voz y las expresiones del cuerpo, aunque es posible disimular todo esto a partir de la adopción de un comportamiento determinado.

El siguiente nivel en el que se manifiesta una emoción, según Bisquerra, es el cognitivo, que determina el sentimiento y, puesto que conforma la llamada vivencia subjetiva, es aquél que nos permite etiquetar sentimientos bajo un signo positivo o negativo. De este modo, lo que necesita ser explorado son las experiencias corporales, las claves situacionales, los recuerdos, las necesidades, las metas, las expectativas y la sensación de eficacia de la persona que conduce a dichos pensamientos, en vez de los pensamientos en sí mismos (Greenberg y Paivio, 2000). Autores como Izard (1986) también respaldan esta multiplicidad de fuentes a la hora de determinar las vías a través de las cuales se encarrilan las emociones: neuroquímicas, fisiológicas,

biopsicológicas, y cognitivas. En consecuencia es fácil coincidir con la afirmación de Diener (1999) en la que se reconoce la estructura afectiva de las emociones como el elemento fundamental y clave para el conocimiento de las mismas.

Podemos comprobar, así pues, la variedad de enfoques que describen estos estados aunque, por otro lado, es habitual coincidir respecto a su complejidad orgánica, caracterizada por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada y en la creencia de que se originan, habitualmente, en respuesta a un acontecimiento externo. Nosotros consideramos que la creencia como valoración cognitiva puede ser evaluada y, de hecho, eso es precisamente lo que queda reflejado en cuestionarios como el CDI y PBI, como recogemos en este trabajo de investigación.

### **2.3. Diferentes perspectivas que explican las emociones.**

Dentro de las emociones existen diferentes corrientes de investigación que ponen el acento en una u otra característica para explicar qué son o qué las genera. Dada la imposibilidad de citar o trabajar todas las existentes, nos conformamos con recordar lo más sustancioso de las corrientes tradicionales. Entre ellas, la tradición biológica, que resta importancia a las cogniciones. Darwin<sup>3</sup> (1809-1882) mantiene que las emociones humanas son una continuación de las de los animales y en todos los casos, su función fundamental es asegurar la supervivencia de los individuos. Las emociones en los animales y en el hombre funcionan como señales que comunican intenciones; son reacciones apropiadas frente a un acontecimiento no esperado: *“Las emociones no son ni racionales ni irracionales: más bien son adaptativas”* (Darwin, 1872) citado en Del Barrio (2002). Entre las emociones estudiadas se encuentran la vergüenza, ira, aflicción, tristeza, frustración, placer, pena, miedo, ansiedad y otras.

Estas ideas de Darwin han influido en autores posteriores y la concepción evolutiva fue transformándose en tradición biológica representada

---

<sup>3</sup> En 1872 Charles Darwin publicó “The expression of the Emotions in Man and Animals”, la obra más importante sobre emociones escrita hasta entonces.



por autores como Tomkins (1979), Izard (1979), Ekman (1981) Zajonc (1985) y Plutchik (1991) (citados en Bisquerra, 2000). Los fieles al legado de Darwin consideran que las emociones tienen una función adaptativa, son importantes en la adaptación del individuo al entorno. Desde la perspectiva biológica su función es alterar el equilibrio intraorgánico para informar. La función informativa puede tener dos dimensiones: información para el propio sujeto e información para otros individuos con lo que convive a los cuales comunica intenciones. Las emociones y su manifestación tienen una clara función adaptativa y evolutiva (Plutchik, 1991). Entramos así en la dimensión social de las emociones, según la cual las emociones sirven para comunicar a los demás cómo nos sentimos y también sirven para influir sobre los demás. Las emociones tienen efectos sobre otros efectos mentales. Cuando la información es incompleta para tomar decisiones, entonces las emociones pueden jugar un papel decisivo. Las emociones pueden afectar a la atención, memoria, razonamiento, creatividad y otras facultades (Bisquerra, 2000).

Un representante actual de ésta línea de investigación, Zajonc (1985), destaca la primacía de lo biológico frente a lo cognitivo, teoría que choca con enfoques más modernos como los cognitivos y constructivistas en los que nos basaremos. En la misma línea, William James (1842-1910), desde la concepción psicofisiológica, afirmaba que la emoción se daba a partir de los cambios fisiológicos producidos por ciertos estímulos. Para esta corriente teórica, la emoción es la continuación del sentimiento de transformaciones corporales que causan en el organismo unos estímulos externos. A partir de estas ideas "no lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos".

Por otro lado, la concepción neurológica de Cannon (1927) y Bard (1928) y su Teoría de la emergencia, pone el énfasis en la activación del sistema nervioso central más que en el periférico y sostiene que toda movilización fisiológica promovida por la emoción está orientada a la superación de la emergencia e incluso niega que cada emoción tenga un patrón específico como mantenía James (citado en Bisquerra, 2000). La emoción, para Cannon, es una experiencia que se produce "por una inusual y poderosa influencia que emerge de la región tálamica y que afecta a neuronas

corticales". Para este autor las emociones se localizan en una estructura neurológica, el sistema límbico, que sería el responsable de la secuencia que conduce a la emoción.

El conductismo, en su momento, no aportó una concepción teórica de la emoción puesto que no aceptaba los fenómenos intrapsíquicos que requiriesen de la inferencia. De hecho el conductismo ortodoxo ni siquiera cree necesario considerar cognición e emoción como áreas dignas de interés científico (Botella, 1994). Skinner definió la emoción en estos términos: *"No es primariamente una respuesta, sino un estado de fuerza comparable en muchos aspectos con la activación"* (citado en Del Barrio 2002, p. 24).

El psicoanálisis de Freud (1856-1939) no propuso una teoría explícita de las emociones, pero se ocupó de ellas por la influencia que tienen en las perturbaciones psíquicas de las personas. En concreto, sus ideas sobre la emoción están basadas sobre su teoría de los impulsos y en ella están los fundamentos para la interpretación psicoanalítica de los dos afectos mayores: la ansiedad y la depresión.

A la vista de las posiciones anteriores donde, en algunos casos, las cogniciones no parecen elementos importantes terminaremos este apartado con la idea más integradora de Izard (1986) y Plutchik (1991) que, aunque provienen de la tradición biológica, han venido a definir la emoción como un complejo proceso que tiene aspectos neurobiológicos, motor-expresivos y fenomenológicos. Izard considera que en la emoción intervienen tres niveles: el biológico, el conductual y el subjetivo. Esta aportación es un posicionamiento más abierto e integrador dentro del mundo de las emociones. Desde esta perspectiva teórica integradora, la emoción no puede ser comprendida únicamente desde el conocimiento de determinados componentes como advierten Pérez y González (2005), se tiene que entender como la sincronización de los sistemas de los que dependen esos componentes como son el fisiológico, el cognitivo, el conductual y el social (Mayne y Ramsey, 2001).

Cada teoría concede importancia a diferentes aspectos de las emociones en función de si creen que están motivadas por la secuencia de producción, por su origen o por algunos de sus componentes (neurológico,

cognitivo, conductual). No obstante, se ha llegado a un consenso unitario respecto a la idea que considera las emociones como una reacción del individuo ante algún tipo de acontecimiento, pensamiento o situación y cuya función principal consiste en la adaptación.

#### **2.4. Apego y desarrollo emocional.**

La evolución emocional, especialmente la del niño, incluye muchos aspectos. Uno de los más fundamentales es el del aprendizaje afectivo a partir de la observación de las relaciones que se crean en su entorno familiar, en el que la madre se erige como elemento clave de su vinculación afectiva (Fonagy, 2004; Del Barrio, 2002; Belsky, 1999a; Bowlby, 1990). La creación de estos lazos relacionales afectivos e intensos facilitará, posteriormente, una correcta integración del sujeto en el grupo (Trianes, 2002; Musitu y Cava, 2001; Oliva, 2001; Musitu y Allat, 1994). Comúnmente se ha asociado el estilo de apego con la expresión emocional y la regulación de las emociones.

Algunas investigaciones han demostrado que la interpretación de eventos con componentes emocionales se encuentran mediados directa e indirectamente por el estilo de apego (Niedenthal, Brauer, Robin, y Innes-Ker, 2002). Se parte del supuesto de que existen diversos niveles de organización en el sistema de apego, y que se presentan secuencialmente a lo largo del desarrollo; y va desde una organización en términos de estrategias del comportamiento al final del primer año, hasta una organización representacional posteriormente (Spander y Zimmermann, 1999).

El concepto de *attachment*, acuñado por Bowlby en 1958 (citado en Fonagy, 2004) es el más adecuado para definir el apego tal y como ya hemos incluido anteriormente y del que entendemos que el afecto es un componente ineludible (Oliva, 2004; Del Barrio, 2002). El afecto se refiere a una respuesta biológica no consciente ante cierta estimulación. Abarca procesos automáticos, neuronales, motivacionales y fisiológicos, que conforman el sistema evolutivo de respuestas conductuales adaptativas (Greenberg y Paivio, 2000). Es una cualidad de las emociones, que puede ser positiva o negativa (Bisquerra, 2000). Los afectos no suponen una evaluación reflexiva. Simplemente

sucedan, mientras que tanto nuestras emociones como nuestros sentimientos son productos no conscientes de estos procesos afectivos, así mismo no conscientes (Greenberg y Paivio, 2000). Aunque este concepto es cardinal en el estudio de las emociones, no nos extenderemos a propósito de los diferentes tipos de vínculos que ya hemos citado anteriormente. Por otro lado, creemos oportuno subrayar la notable incidencia del apego en el desarrollo sentimental del niño y en el afecto que, más adelante, le ayudará a construir las relaciones con aquellos que le rodean y cuya importancia es incuestionable (Lafuente, 2000; Greenberg, 1999). El apego guarda una estrecha relación con el desarrollo sentimental del niño. Para Zahn-Waxler y Radke-Yarrow (1990), un apego seguro correlaciona con una adecuada adaptación sentimental, sobre todo en lo que se refiere a una expresividad emocional positiva y el desarrollo de la empatía (citados en Del Barrio, 2002).

Los bebés son psicobiológicamente incapaces de autorregularse (Botella, 2005; Fonagy, 1999). A pesar de nacer con la capacidad para sentir emociones profundas, son incapaces de mantenerse en un estado de equilibrio puesto que carecen de lo necesario para regular la intensidad, frecuencia o duración de tales emociones (Schore, 2001). Greenberg (1999) comenta que a medida que el niño crece, el desarrollo de las habilidades de la regulación de la emoción se convierte en esencial y le ayuda a organizar los procesos emotivos a la hora del control adaptativo de la conducta. El primer paso de la regulación del afecto lo constituye el mecanismo mediante el cual los procesos afectivos neuroquímicos básicos, la activación fisiológica y los procesos expresivo-motores quedan integrados en un patrón coherente (Greenberg y Paivio, 2000). Con el tiempo, este patrón de experiencia se vivencia como un sentimiento y, finalmente, se simboliza sin darse cuenta, proporcionando una emoción del tipo de enfado o tristeza. (Greenberg, 1999).

Consideremos pues el afecto, como una cualidad inherente en las emociones y el terreno que determina los matices positivos o negativos que éstas traslucen (Bisquerra, 2000; Bulbena, 1998). Esto es, el afecto como cuota subjetiva de una experiencia emocional (Del Barrio, 2002). Si bien el término afecto nos remite en muchos casos a lo positivo, hay que remarcar que los

afectos negativos o trastornos del afecto<sup>4</sup>, de los que nos ocuparemos en apartados posteriores, también existen y que aprender a regularlos de un modo sano constituye una tarea que requiere muchos años de práctica y esfuerzo.

Mucho se ha investigado acerca del origen de las diferencias individuales en el apego, enumerándose factores que parecen estar influyendo en las manifestaciones específicas del estilo de apego, tales como: la experiencia individual, la constitución genética y las influencias culturales (Weaver y de Waal, 2002). De éstos, se ha hecho más énfasis en aquellos relacionados con el cuidado materno (experiencia individual) y el temperamento infantil (Valdez, 2002; Martínez-Fuentes y cols., 2000; Carrasco y cols., 2000; Mangelsdorf y Frosch, 1999; Calkins y Fox, 1992).

El papel de la expresividad emocional del niño y de su madre también ha sido estudiado en relación con los otros tipos de apego. La conducta de imitación de los niños tiene su contrapartida en la imitación también de las expresiones de las madres y tiene un carácter evolutivo. Malatesta y cols., (1986) han probado que los niños que reciben unas respuestas emocionales contingentes por parte de sus madres son también aquellos que tienen un mayor número de respuestas emocionales positivas. El trato que el niño mantiene con la madre influye sobre la forma en que esta se comunica con él (Del Barrio y cols., 2004).

Todas las emociones maternas y sus trastornos, tienen repercusiones en la instalación sentimental del niño. Los hijos de madres irascibles parecen menos capaces de generar emociones positivas en situación de independencia; los de madres depresivas tienen mayor tendencia a desarrollar tristeza e ira cuando sus madres están ausentes, siendo la depresión materna un factor indiscutible y conformador de vulnerabilidad (Del Barrio y cols., 2004) y esta relación se eleva cuando las madres sufren trastorno unipolar (Radke-Yarrow, 1998); por el contrario los hijos de madres tendentes a expresar emociones positivas tienen más respuestas adaptativas (Cummings y Cummings, 1988). Lo anterior resulta importante ya que estrategias utilizadas para expresar y regular las emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego de

---

<sup>4</sup> El nombre con el que designamos la ciencia de las enfermedades –patología- significa en realidad “ciencia de los afectos”, pues esto es lo que significa *pathos* en griego. Según ésta perspicaz lengua

las personas. Así pues, aquellos con estilo de apego seguro tienden a presentar niveles moderados de dolor, mientras que aquellos con un estilo de apego ansioso tienden a demostrar una baja tolerancia al dolor y a responder con sentimientos de miedo y ansiedad.

Aún cuando no existe un acuerdo final en relación a este punto, lo cierto es que las personas con estilos de apego inseguro tienden a sentirse más apenadas emocionalmente que las que mantienen cualquier otro estilo de apego (Niedenthal, Brauer, Robin y Innes-Ker, 2002). A este respecto Collins (1996) ya había afirmado que los adultos con distintos estilos de apego están predispuestos a pensar, sentir y actuar de forma diferente en sus relaciones.

## 2.5. Teorías cognitivas.

Las teorías cognitivas aplicadas a la emoción atribuyen un papel fundamental a las cogniciones, siendo la evaluación positiva o negativa del estímulo la que rápidamente activa el proceso emocional (Palmero, 2000). Estas teorías, en las que nos posicionamos, contemplan una serie de procesos intermedios (cognitivos) comprendidos entre aquello que produce el estímulo y la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1984) y, en última instancia, señalan la actividad cognitiva como determinante cualitativo de las emociones. Beck (1991) señaló que en el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos se filtraban señales negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos o contrarios. Dentro de la psicología cognitiva existe una cierta diversificación en cuanto a las aportaciones sobre el estudio de las emociones, sobre todo en las últimas décadas y a partir de las aportaciones de autores como G. Kelly (1955, 1966). Este autor, prácticamente en una posición marginal de la psicología, generó una teoría cognitiva del funcionamiento personal. En sus obras expone que los humanos miran al mundo y a ellos mismos a través de pautas o categorías cognitivas, los *constructos personales*. Estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y actuar en el mundo.

Unos años más tarde, Beck (1976) argumenta que la naturaleza de la respuesta emocional de la persona depende del *investment* de valor de los acontecimientos y de su conexión a su significado personal. Posteriormente diversos estudios han apoyado empíricamente esta hipótesis (Clark y Beck, 1997; Beck, 1991; Kuiper y Olinger, 1989) extendiendo su aplicación al ámbito infantil y juvenil.

## **2.6. Esquemas cognitivos y desarrollo evolutivo.**

El marco constructivista, en nuestra opinión, continuación natural del cognitivo, concede especial relevancia a los conocimientos previos, denominados *esquemas del conocimiento* o esquemas mentales, que son estructuras que configuran el conocimiento que tenemos del mundo e intervienen para que podamos situarnos en él. Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo: una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real de los objetos y hechos cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia (citado en Ruiz y Cano, 1992).

Por otro lado, Bertrand Russell (1873-1971) destaca en su obra *La conquista de la felicidad* (1930) el papel jugado por las creencias adquiridas en la primera infancia, que se hacen inconscientes y a veces perturban a las personas en su vida más adulta como exigencias irracionales, y cómo éstas pueden ser sustituidas por creencias racionales ayudando así al individuo a alcanzar sus metas. Ellis (1958) coincide con Russell al exponer que los trastornos emocionales derivan de un continuo adoctrinamiento en *exigencias irracionales*. Para Piaget (1896-1980), durante el desarrollo cognitivo el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales, la asimilación y acomodación, será modificado.

Cada persona tiene unas experiencias del mundo, cada uno de nosotros percibimos la experiencia de un modo distinto, y éstas mismas experiencias pueden ser diferentes en distintas ocasiones. La psicología cognitiva ha desarrollado diversas teorías para explicar este hecho. Lundh (1988) recoge

varias aportaciones sobre este punto referido: Piaget (1978) y Neisser (1976) afirman que cada persona tiene *esquemas* para asimilar las experiencias del mundo. Kelly (1955) habla de *constructos personales* para referirse al mismo hecho y Mandler (1975) de *estructuras mentales*. El núcleo común de estas teorías es la asunción básica de que a lo largo del desarrollo y a partir de precogniciones biológicas y de aprendizaje, la persona desarrolla *estructuras cognitivas* que canalizan su experiencia del mundo y de sí mismas.

De hecho, Mandler (1975,1988) partió de ésta concepción para proseguir con la línea de investigación que analiza las implicaciones de la noción de esquema en la construcción de las emociones. Por ejemplo, si un esquema no se corresponde con la experiencia vivida puede dar lugar a fenómenos como la *discrepancia* o la *interrupción*, lo que impedirá otorgar sentido al entorno, en fin, al mundo en el que vivimos. O lo que es lo mismo, cuando convergen las evidencias de lo sucedido con las expectativas previas que producen los esquemas vigentes, se genera una discrepancia cuyas consecuencias se materializan en una alteración vegetativa y una síntesis emocional. Cabe recordar, de este modo, que en este marco teórico en particular, la experiencia emocional se produce por activación vegetativa (arousal) y valoración cognitiva (appraisal) (Pérez y Gonzalez, 2005; Bisquerra, 2000; Rusell y Feldman Barret, 1999). Los esquemas emocionales son, en definitiva, estructuras mentales que moldean las experiencias y fenómenos emocionales a partir de los cuales se producen las diferentes respuestas emocionales, propias de cada persona.

## **2.7. Valoración cognitiva.**

Lazarus (1991), es uno de los autores más reconocidos en psicología gracias a sus investigaciones en el marco cognitivo. Lazarus, sostiene que las emociones están influenciadas por la cognición ya que el momento valorativo o *appraisal*<sup>5</sup> determina los estados emocionales. Según este modelo propuesto,

---

<sup>5</sup> Appraisal: utilizamos la palabra *valoración* como traducción de *appraisal* y, por lo tanto también puede decirse *evaluación cognitiva*.



para que exista emoción es necesario llevar a cabo una evaluación cognitiva previa donde se esperan ciertos sesgos cognitivos (Hammen, 1997). Sin embargo, en este punto debemos recordar que las cogniciones pueden verse afectadas también por un proceso circular y reverberante como nos recuerda Del Barrio (2002, p. 24). De esta manera podemos entender que el estado de ánimo depresivo incrementa su probabilidad de aparición y en un círculo vicioso las distorsiones cognitivas agravan el humor (Clark y Beck, 1997). Los procesos de evaluación a los que nos referíamos, dentro de la teoría general de la valoración cognitiva, pueden ser de dos tipos: primarios y secundarios. En los primarios, la atención se centra en las consecuencias de una situación determinada, mientras que en los secundarios, se estima la capacidad personal y los recursos de los que dispone para afrontar dicha situación. Desde el modelo cognitivo-afectivo, Mandler (1982) propone que la tonalidad positiva o negativa de las emociones dependen del propio conocimiento del mundo.

Esta formulación es similar a la constructivista de Kelly (1955, 1991) y Mascolo y Mancuso (1990, 1992) tal y como cita Botella (1994). No obstante no podemos olvidar el papel fundamental de los errores o distorsiones cognitivas a los que no se les puede conceder un papel causal (Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio y Catalán, 2002). Estas interpretaciones o valoraciones subjetivas se realizan mediante procesos cognitivos que, en el caso de la valoración primaria, por ejemplo, indican al individuo lo positivo o irrelevante de la situación, y si ésta constituye de algún modo una amenaza para él. En la secundaria, en cambio, constatamos cómo las diferentes formas de mostrar las emociones de cada uno determinan los efectos que éstas puedan tener y pueden, del mismo modo, intermediar en la valoración de las mismas. Como señaló Beck, los pensamientos sesgados no generan modificaciones neuroquímicas ni al revés, son los mismos procesos desde ópticas diferentes. Son síntomas concomitantes y agravantes de las alteraciones anímicas (Beck, 1997, 1991; Clark y Beck, 1997; Teasdale, 1988, 1983).

Es obvio según lo expuesto en apartados anteriores, que el ambiente o las circunstancias pueden ser responsables de diferencias individuales pero finalmente es la interpretación o valoración del individuo la responsable directa de cada emoción. Lazarus designa este *modus operandi* como *significación*

*relacional*: el significado de lo acontecido, sea beneficioso a perjudicial para el individuo, produce una emoción que es inseparable de una tendencia innata a la acción. Como ya hemos mencionado, en la obra de Lazarus se mantiene que las emociones están muy influenciadas por las cogniciones ya que el momento valorativo o *appraisal* determina los estados emocionales. Según este mismo modelo, los pilares de la depresión se construyen en base a la forma distorsionada de pensar de algunas personas, llegando incluso a transformar los acontecimientos positivos en negativos (Clark y Beck, 1997; Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher, 1993; Beck, 1991).

Beck (1976) ya había dejado constancia de que son algunas experiencias tempranas las que proporcionarían las bases para formar futuros conceptos negativos sobre uno mismo, el porvenir y el mundo. Asimismo Beck y cols., (1983) afirman que: "las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar característica, que explica el significado idiosincrásico que poseen las situaciones concretas para cada individuo" (citado en Méndez, 2001, p.77). Según se desprende de esta reflexión, pues, la persona que padece una depresión sufrió durante su primera infancia experiencias tempranas negativas, que originaron pautas de pensamiento erróneas y esquemas cognitivos inadecuados.

Posteriormente, cuando dichas circunstancias concurren, los esquemas mentales se activan y dan lugar a lo que Beck reconoce como la tríada cognitiva de la depresión, que consiste en una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, tal y como mencionábamos con anterioridad, y que causa los síntomas de la depresión (Méndez, 2001).

Estas concepciones cognitivas pueden permanecer estables en el tiempo y ser liberadas ante circunstancias similares a las experiencias ya vividas. Este tipo de conducta no es propia de cualquier individuo sino sólo de aquellos que ejercen una valoración extremadamente subjetiva ante un acontecimiento. Pero este modo de proceder no es nuevo. Ya en el siglo IV antes de Cristo, Epícteto escribió en el *Enchiridión* que "Los hombres no se perturban por la causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen". Beck suscribe las palabras del gran clásico y las reinterpreta desde el enfoque cognitivo, que propone los siguientes supuestos generales y que

hemos decidido transcribir íntegramente por la importancia que les concedemos (Beck: 1967, 1976):

- La percepción y, en general, la experiencia, son procesos activos que incluyen datos de inspección e introspección.

- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.

- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).

- Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la misma, en relación a su yo interno, su pasado, su momento presente y el futuro, así como el entorno en el que está inscrita.

- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

A partir de estos supuestos y su puesta en práctica, Beck propone que, mediante la terapia psicológica, una persona puede darse cuenta de sus distorsiones negativas. En esta línea Kelly (1955, 1977, 1991) ya había anticipado y mantenido que mediante la corrección de sus propios constructos disfuncionales se pueden mejorar los síntomas (citado en Botella, 1994).

Si nos fijamos en el modelo cognitivo de la depresión que Beck (1967) utiliza verificaremos los tres conceptos clave que explican cómo funciona, cognitivamente, la persona que sufre un trastorno afectivo.

1. *La tríada cognitiva* o visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Del mismo modo se pronuncian Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher (1993).

2. *Los esquemas*. Son los patrones cognitivos estables que el individuo utiliza para realizar todo tipo de interpretaciones ante situaciones que acabarán siendo negativas para él.

3. *Los errores cognitivos* (errores en el procesamiento de la información). Son errores sistemáticos, frecuentes en el pensamiento depresivo, y que mantienen estable la creencia del paciente en la validez de sus constructos a pesar de la existencia de evidencias contrarias (Rodríguez-Testal, Carrasco,

Del Barrio y Catalán, 2002; Schwartz, Kaslow, Seeley, y Lewinshon, 2000; Clark y Beck, 1997; Beck, 1991; Kuiper y Olinger, 1989).

En el desarrollo del conocimiento las dicotomías son una constante. Desde las más antiguas entre cuerpo y mente a las más modernas como cognición y afecto, pensamiento y sentimiento, o razón y emoción, en la investigación científica se han generado diferentes teorías e incluso enfrentamientos. Los enfoques cognitivos y constructivistas modernos, reconociendo la importancia de los procesos fisiológicos y del sistema nervioso central, se centran en aspectos más subjetivos, en los que la evaluación cognitiva del individuo es muy importante.

En población infanto-juvenil la relación entre las distorsiones (errores) cognitivas con la sintomatología depresiva o los trastornos anímicos ha sido ampliamente documentada. Ekins (2000) y Kempton, Van-Hasselt, Burkstein y Null (1994) comprobaron que los niños con más síntomas depresivos exhibieron un mayor número de errores en cada distorsión evaluada (citado en Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio y Catalán, 2002).

## **2.8. Esquemas disfuncionales y errores cognitivos.**

Para Pascual Leone (1990, 1991), los recuerdos emocionales y por ende las emociones, están cargados de aspectos perceptuales, sensoriales y cinestésicos (citado en Greenberg y Paivio, 2000). Un esquema personal constituye, de este modo, una gradación de la experiencia subjetivamente vivida donde la actividad cognitiva es una precondition necesaria para la emoción (Palmero, 2000). También es probablemente una de las principales dificultades que se presentan a la hora de trabajar con las emociones y los trastornos que provocan en niños y adolescentes, por la complejidad intrínseca que adolece el doble componente objetivo-subjetivo de la emoción.

A medida que se desarrollan los esquemas, éstos se convierten en modelos mentales que ejercen una poderosa influencia sobre el punto de vista y la experiencia de la persona respecto a su forma de estar en el mundo. Entre las teorías de línea cognitiva que han trabajado los esquemas disfuncionales, dos de ellas han tenido una consideración especial al investigar el tema de la

causalidad: el modelo de la *indefensión aprendida*<sup>6</sup> (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la *teoría cognitiva de Beck*<sup>7</sup> (1967). Ambas propuestas han sido definidas como modelos de vulnerabilidad a la depresión, puesto que sugieren la existencia de una serie de factores cognitivos presentes previos al inicio de trastorno (Herrera y Maldonado, 2002). En línea con lo descrito, sirva el ejemplo de la importancia del análisis de las atribuciones causales y el estilo explicativo pesimista en niños y jóvenes (Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinshon, 2000). Son los esquemas emocionales los que gobiernan esta visión existencial, a partir de cómo percibimos y cómo actuamos.

Para Dalglish y cols., (1998) la ansiedad y la depresión son a menudo el resultado de anticipar una necesidad que aparentemente no va a ser satisfecha, o de no aceptar una emoción o necesidad porque creemos que tendrá un impacto negativo en los demás (citado en Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio, y Catalán, 2002). Así vista, la intensa desesperación disfuncional y la dependencia que subyace a ciertos estados proceden de la anticipación del abandono o la desilusión. Luego la patología no se produce a partir de las emociones o las necesidades del momento, sino de los sentimientos o pensamientos secundarios acerca de las necesidades básicas del individuo (Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley, 1999), lo que constituye, de este modo, la fuente más importante de la disfunción. Para Greenberg y Safran (1987, 1989) es la conciencia presente de las personas o la falta de ella, sus constructos y el significado de su experiencia lo que determina la mayor parte de su conducta inadaptada y su disfunción (citado en Greenberg y Paivio, 2000).

Es por ello que la psicopatología está relacionada con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y tratar con sus sentimientos y necesidades

---

<sup>6</sup> El modelo de *indefensión aprendida* de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), ha sido incluido dentro de las llamadas teorías atribucionales, en las que se postula que las explicaciones que el sujeto da a los sucesos, en particular a los sucesos negativos, afectan tanto a la probabilidad de padecer un trastorno emocional como a la gravedad y duración del mismo. Es decir, este modelo se centra en la forma en que los individuos explican su mundo, los eventos que le ocurren e incluso las emociones que experimenta en sí mismas.

<sup>7</sup> Teoría cognitiva de Beck (1967). Tratada en el apartado anterior. La *teoría cognitiva* de Beck, y el modelo de *indefensión aprendida* de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), se definen como modelos de diátesis-estrés al considerar que en ambas teorías es necesario que se produzcan circunstancias

primarias a lo largo de su desarrollo, y no con las necesidades neuróticas. Según Palmero (2000) hay que enfatizar la importancia del estado afectivo actual, donde la percepción, la evaluación y la valoración se ven influenciadas por ese estado afectivo que experimenta el sujeto en el momento de llevar a cabo esos pasos del proceso emocional. La problemática surge cuando el individuo no ha sabido organizarse para sobrellevar sus sentimientos y necesidades. La frustración repetida ante la necesidad acaba por formar la representación de una estructura nuclear del sí mismo que supone una visión particular del mundo; esto puede incluir, por lo tanto, visiones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo también (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Kelly, 1966). Esto se traduce, pues, en una respuesta disfuncional amparada en un esquema relativo a la necesidad.

La forma en que una persona vive sus experiencias estará en función de sus esquemas mentales y sus cogniciones. En este trabajo y a partir de preguntas sencillas y concretas de los cuestionarios que utilizamos: CDI, PBI y AVIA, podemos extraer algunas evidencias de la valoración que el individuo hace de esos esquemas y cogniciones. No olvidemos que esquemas, cogniciones y estado afectivo actual del individuo serán responsables de sus reacciones emocionales. Pero estas reacciones siempre serán propias, esto es, específicas, ya que una misma situación podrá generar emociones distintas en diferentes personas, puesto que lo que interpretamos es, en definitiva, lo que vivimos.

## **2.9. Visión del trastorno.**

Distinguir cuándo una emoción perturba el estado de ánimo y se convierte en trastorno no es fácil. Kant (1724-1804) en su *Critica de la razón pura* (1781), llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no adecuar el sentido privado de los significados racionales compartidos socialmente. También Adler (1897-1937) desarrolló en su obra un modelo cognitivo del trastorno, y afirma que la psicopatología supone un modo asocial, inconsciente y egocéntrico de perseguir las metas personales. Posteriormente

---

ambientales negativas apropiadas.

Ellis (1962) publicó por primera vez su famoso A-B-C para la terapia donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo adoctrinamiento en exigencias irracionales. Según este autor, los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Así pues, para Ellis (1962, 1981, 1990) el trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales (citado en Ruiz y Cano, 1992).

Según hemos citado anteriormente, Beck (1967,1976) en su teoría cognitiva del trastorno emocional mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas. Esas estructuras organizadas de la experiencia conforman los esquemas o supuestos personales. Estos se refieren a creencias básicas que predisponen al individuo a una vulnerabilidad psicopatológica (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, Beck, 1976). Estas creencias conforman un código de reglas abstractas que guían la conducta del individuo. Para Carl Rogers (1982), el trastorno proviene de la incapacidad de vivenciar la propia experiencia e integrar el *self* real con el *self* ideal. Mientras, Kelly (1955,1991) define el trastorno psicológico como “cualquier construcción personal que se emplea repetidamente a pesar de su invalidación consistente”.

Desde la perspectiva constructivista, la patología o disfunción (trastorno afectivo) no es producto de la motivación inconsciente que actúa en el momento presente ni tampoco fruto de un comportamiento inadaptado debido a las emociones reprimidas del individuo. Al contrario, este enfoque percibe la disfunción como resultado de la presencia o ausencia de la conciencia presente de las personas, sus constructos, y los significados que adquiere la experiencia (Greenberg, 1996). Todo ello determina la mayor parte de su conducta inadaptada y por lo tanto su disfunción. Las personas actúan habitualmente a partir de la percepción de sí mismos y de su situación actual, en función de lo que conciben como la alternativa más adaptativa (Palmero, 2000). Que sus impresiones sean acertadas o no es, en cierto modo, irrelevante. Lo que cuenta, en este caso, es la construcción de la realidad subjetiva a partir de la cual se dará una respuesta afectiva. Un esquema de autopercepción deficiente o negativa activa el mecanismo de los esquemas emocionales disfuncionales, que suponen una decepción continua para el individuo.

En palabras de Greenberg, reaccionamos de forma visceral ante las cosas que nos sirven de guía, lo cual nos proporciona determinados sentimientos que, a su vez, nos ayudan a depositar nuestra atención en posibilidades que pueden resultar negativas y, además, nos aportan respuestas inmediatas que nos alejan de ellas. Sólo después, añade el autor, sigue el análisis racional, una vez la valoración afectiva ha reducido las demás opciones (Greenberg, 1998).

Por su parte, Jannoff-Bulman (1992) afirman que los traumas constituyen el origen de muchos de los trastornos emocionales, destruyen el sentido de realidad de las personas y les dejan con recuerdos emocionales que les contagian y les desbordan continuamente. De hecho, Beck y Ellis ya advierten que los primeros psicólogos cognitivos dieron cuenta de la conexión cognición-emoción, y de cómo ésta última era la principal fuente de disyunción en un sujeto (Beck, 1976; Ellis, 1962). Su importancia es también manifiesta como se desprende de diferentes estudios: El *Institute of Medicine* en su "Investigación sobre niños y adolescentes con trastornos mentales de conducta y desarrollo" (1989), calcula que en los Estados Unidos de América, al menos un 12% de los 63 millones de niños y adolescentes menores de 18 años padecen uno o más trastornos mentales. Cifras que Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer y Nelson (1993) sitúan entre el 8% y el 18% de la población. Así mismo se ha señalado que entre el 35-55% de los pacientes recuperados experimentan alguna recaída en los doce meses siguientes (Chaighead, Hart y Madsen, 2000) citado por Herrera y Maldonado (2002).

Como apuntábamos al principio, la emoción es un concepto amplio que engloba estados muy diversos, resultado de las valoraciones que emitimos acerca de la importancia que la situaciones tienen; es decir, en función de aquello que nos interesa (Fridja, 1986). Tales estados, decimos, están solapados entre ellos aunque abrazan contenidos distintos y, de algún modo, podría decirse lo mismo en cuanto a las reflexiones y opiniones que se producen al respecto.

En general todos los autores suscriben la tesis que contempla las emociones como afectos bruscos y agudos que se desencadenan a partir de una percepción (externa o interna) que, de forma notable, suele correlacionarse



somáticamente en la mayoría de casos, y no se prolongan en exceso (salvo contadas excepciones); miedo y cólera, por ejemplo, son dos emociones. Muy a menudo, el miedo, la vergüenza o la tristeza hacen que las personas se sientan atacadas, ridiculizadas y rechazadas, y los pensamientos mantienen o intensifican los sentimientos, en lugar de producirlos (Greenberg, 1998).

## **2.10. El síntoma como función comunicativa.**

Existe un consenso general en que la emoción, ante todo, es un sistema comunicativo que nos permite expresar un estado. Las emociones nos proporcionan información acerca de nuestras reacciones ante las situaciones. Muchas de las emociones son el resultado de evaluaciones automáticas que hacemos sobre el significado de la situaciones en relación a nuestro bienestar (Fridja, 1986). Al margen de la configuración particular de los síntomas y de los vínculos que las unen a la situaciones externas que los generan (factores traumáticos, frustración de deseos y satisfacción de pulsiones), los efectos que un mismo estímulo o acontecimiento produce en las personas puede ser distinto en cada caso. Cada individuo es constructor activo de su realidad y, se comunica en base a ésta. Quizás por ello Marina y López (1999) defienden la tesis de que “los sentimientos son experiencias cifradas”.

Si, como decíamos, la emoción es un sistema de comunicación, el síntoma es uno de los mensajes que ésta emite (Cancrini, La Rosa, 1996). Por otro lado es también un mensaje codificado aunque susceptible de ser descifrado (Marina y López, 1999; Cancrini, La Rosa, 1996). Cabe resaltar, sin embargo, que el proceso de interpretación del síntoma no es paralelo a la identificación de las causas que provocan la enfermedad; lo que nos permite comprender las mismas, su origen y significado, es la propia reconstrucción, por parte de un sujeto dado, de su historia personal. Los síntomas son unidades comunicativas camufladas de la persona que vivencia situaciones de dificultad y que pueden ser utilizadas en beneficio propio en aras de reconstruir su historia interna. Además los síntomas tienen un carácter evolutivo (Del Barrio, 2007). En edades tempranas los niños muestran más síntomas exteriorizados (Weiss y cols., 1992) en comparación con los adolescentes que

presentan síntomas cognitivos y afectivos más interiorizados (Shafii y Shafii, 1995; Weiss y cols., 1992). Su intervención cardinal en el proceso de detección de un trastorno emocional es manifiesta, ya que, por ejemplo, según Pine (1999) los síntomas depresivos en adolescentes predicen poderosamente un episodio de depresión mayor en la edad adulta e incluso en la adolescencia.

Si situáramos a las personas dentro de un *continuum* entre los polos abstractos de *absoluta normalidad* y *neurosis* constataríamos las diferencias, de orden cuantitativo, entre unas y otras. ¿Por qué? Pues porque el uso de mecanismos de defensa se incrementa según el grado de estrés al que el individuo ha estado sometido en fases previas y decisivas de su desarrollo afectivo hasta el momento presente. Es por eso por lo que bajo ningún concepto, puede un diagnóstico fundarse en la confirmación de la existencia, en una determinada persona, de un síntoma o determinado mecanismo emocional; para poder validarse, debe trazar un amplio estudio de la organización personal interna del individuo.

En el transcurso del desarrollo individual de cada uno existen estados de ansiedad y/o de depresión que, como síntomas, si bien se interponen entre el estado de ánimo sano y alegre son esencialmente transitorios (Pasnau, 1987). En cambio, si esta transitoriedad se ve reforzada por factores hereditarios y ambientales adversos, el estado aparentemente normal puede transformarse en una verdadera enfermedad. Por ello, debemos tener en cuenta la función de protesta que desempeña el síntoma; proporciona información a los demás sobre nuestras intenciones y sobre nuestra disponibilidad para actuar. Puede que se trate de un sistema de señales primario, sí, pero que, como señala Greenberg y Paivio (2000) fomenta la supervivencia en términos evolutivos: "El llanto de los niños les proporciona el cuidado que necesitan", pues, si no son tratados de modo oportuno, pueden contribuir a una evolución que avanza hacia la cronicidad y el empobrecimiento de los estados emocionales.

Sobre los síntomas, y en este caso de la depresión infantil, Del Barrio (1990) realizó una revisión de los trabajos entre 1945 y 1987 y elaboró una lista con casi 40 síntomas o características diferentes. En una primera etapa los síntomas aún incluían elementos dinámicos (regresión, masturbación) y que hoy prácticamente carecen de relevancia. Posteriormente se incluyeron

elementos cognitivos-conductuales (baja autoestima, agitación motora, agresión). Esta lista nos da una idea de las diferentes manifestaciones del sufrimiento personal de los niños y adolescentes. Si bien es cierto que algunos de los síntomas serán puras apreciaciones individuales de algunos autores, otros los encontramos repetidos en numerosos estudios sobre los trastornos emocionales en esa franja de edad.

**Tabla nº 2.1 Síntomas más habituales de la depresión infantil según el área a la que pertenecen.**

<b>Emociona-les</b>	<b>Motores</b>	<b>Cognitivos</b>	<b>Sociales</b>	<b>Conductua-les</b>	<b>Psicosomáti-cos</b>
Tristeza	Inexpresividad	Falta de concentración	Aislamiento	Protestas	Enuresis
Pérdida de disfrute	Hipoactividad	Pérdida de Memoria	Soledad	Riñas	Pérdida de energía
Ausencia de Interés	Letargo	Pesimismo	Retraimiento	Desobediencia	Sentimientos de fatiga
Cambios bruscos de humor	Enlentecimiento Motor	Desesperanza	Incompetencia social	Rabietas	Pérdida de peso
Falta de sentido del humor	Hiperactividad	Indecisión		Indisciplina escolar	Dolores múltiples
Desesperanza		Sentimientos de culpa		Delincuencia	Pesadillas
Irritabilidad		Baja autoestima		Droga	Trastornos del sueño
Lloros excesivos		Ideas de suicidio		Piromanía	Trastornos del apetito
Ausencia de interés por las cosas		Pensamientos morbosos			
		Descenso del rendimiento			

(Elaborada a partir de Del Barrio, 2007, pp. 18 y 19.)

A la vista de la extensa lista de síntomas, los más consensuados, es decir, aquellos que se reconocen como tales por la mayoría de los expertos en el tema son: a) baja autoestima, b) cambios en el sueño y pérdida del apetito, c) el aislamiento social, d) hiperactividad y e) disforia (Del Barrio, 2007). La misma autora añade que estos síntomas que en su mayoría tienen un carácter interiorizado, son muy parecidos a los de la depresión adulta. Sin embargo, en la depresión infantil y juvenil se dan ciertos síntomas propios como en el caso de los problemas de conducta, enuresis, rabietas y desobediencia.

## 2.11. Tristeza y Depresión.

### Consideraciones sobre emociones negativas.

La tristeza, como la ansiedad, son emociones normales del ser humano, forman parte del amplio espectro que conforman las emociones negativas, entre las que ocupan un lugar destacado. La tristeza aparece cuando un sujeto experimenta una vivencia subjetiva como una pérdida irrevocable de algo o alguien muy importante para él, por ejemplo, una enfermedad grave (se pierde la salud), el fracaso personal, la vejez, la muerte de un ser querido, el desempleo, etc. Obviamente, el grado de afectación personal de cada una de estas vivencias difiere según el condicionante subjetivo que le otorguen los individuos que las experimentan. Esto es, los recursos de afrontamiento, el material emocional con que encaran las situaciones decidirá su reacción posterior.

Beck (1967-1976) mantiene que la percepción y estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas. Por otro lado, y pese a que la tristeza esté clasificada como emoción por la mayoría de autores, nosotros optamos por creer que se trata de un estado de ánimo persistente más que de una emoción aguda. En dicho estado de ánimo (que calificaremos de bajo o disfórico) se produce la pérdida de la sensación de placer por las actividades que hasta ese momento habían sido satisfactorias. En consecuencia, el individuo pierde el interés por todo y la apatía se instaura en él, llegando incluso a la desaparición progresiva de la motivación y la esperanza: *"La tristeza aparece por el distanciamiento, la separación o la pérdida del vínculo. Las formas psicológicas de la separación incluyen el sentimiento de ser dejado de lado o una sensación de no pertenecer, ser incapaces de comunicar o expresar nuestros verdaderos sentimientos, sentirnos olvidados y, por supuesto, lamentar la muerte o pérdida de un ser querido"* (Greenberg y Paivio, 2000, p. 227). La tristeza también puede ser evocada por desengaños o esperanzas rotas, por alcanzar el fracaso en las metas importantes y por la pérdida de autoestima (Del Barrio, 2007).

Greenberg también señala que la tristeza es una señal general de sufrimiento y una solicitud de ayuda que, al acentuarse en su grado máximo, puede desembocar en una depresión o suicidio.

Por nuestra parte, participamos con el punto de vista que acabamos de mencionar y remarcamos el hecho de que la función de la tristeza, en cuanto síntoma, es la de comunicarse con los demás y captar su atención puesto que el individuo no dispone de más recursos para seguir adelante:" *La raya divisoria entre la tristeza y la depresión es casi exclusivamente cuantitativa, al menos en lo que se refiere a su duración, porque si analizamos las características de la primera coinciden absolutamente con los síntomas de la segunda.*" (Del Barrio, 2002, p. 162).

Pero esta concepción del trastorno no ha sido siempre tan abierta. Actualmente se acepta que los niños y adolescentes pueden sufrir este tipo de trastornos que en un pasado reciente no solo habían sido cuestionados, sino también ignorados. Para el psicoanálisis tradicional no podía existir la depresión infantil porque en esa etapa no se había desarrollado aún una de las instancias de la personalidad que podía provocarla (Rie, 1966); "el superyó es la conciencia moral de la persona, que indica lo que está bien y lo que está mal. Se forma lentamente al interiorizar el niño las normas paternas y los valores sociales. El desarrollo de esta estructura se completa en la adolescencia, por tanto, antes de la pubertad no puede haber sentimiento de culpabilidad, que es crucial para la depresión" (citado en Méndez, 2001, p.32). Posteriormente Lefkowitz y Burton (1978) desde otra óptica teórica, mantenían que los síntomas de depresión, como llanto o poco apetito, son frecuentes en la infancia y remiten por sí solos con el paso del tiempo (citados en Méndez, 2001). Es a partir de la década de 1970, cuando algunos autores van más allá y afirman que la depresión infanto-juvenil sí que existe, pero no como trastorno específico. Aparece entonces el término *depresión enmascarada* sugiriendo que la depresión infantil subyace con diferentes máscaras: hiperactividad, enuresis, fobia escolar, etc. Estos problemas patentes son signos de una depresión latente (Cytryn y McKnew, 1972) citados en Méndez (2001).

En 1980, Carlson y Cantwell mantienen que la depresión infantil y adolescente no es clínicamente evaluable a partir de las pautas que se aplican

en las de adultos pues, bajo su punto de vista, ésta se presenta en ocasiones *enmascarada*, comprendida en otro cuadro. Esto quiere decir que, con frecuencia, determinados cuadros clínicos coexisten con el síndrome de la depresión. Es lo que hoy conocemos con el nombre de *comorbilidad*<sup>8</sup>.

Los mismos autores, Cantwell y Carlson (1987) encontraron que los problemas de conducta eran la tarjeta de visita de bastantes niños afectados de un trastorno depresivo. Así mismo, Puig-Antich (1985) revisó la bibliografía centrada en investigar la supuesta relación entre ambos trastornos y evidenció que los niños que reunían los criterios DSM-III para la depresión mayor, también se ajustaban a los del diagnóstico del trastorno de conducta.

Unos años más tarde, Shafii y Shafii (1995) defienden la postura que contempla la depresión de tres modos distintos: como signo, síntoma, síndrome o trastorno. La depresión como signo o señal, que adopta la forma de afecto o humor triste (disforia) es una de las emociones humanas más comunes y experimentadas por el individuo desde su infancia hasta la vejez. En cambio, la depresión como síntoma se prolonga durante más tiempo, es más intensa e interfiere en el bienestar y adaptación del individuo a su entorno. En tercer lugar, la depresión, entendida como síndrome o trastorno, no sólo incluye humor triste y perdurable sino que además, puede ir acompañada de síntomas como la anhedonia; aumento o disminución del sueño y apetito; debilitamiento de la energía, fatiga; agitación o lentitud psicomotora; sentimiento de inutilidad; autorreproche o culpabilidad excesiva; disminución de la capacidad de concentración así como pensamientos morbosos, ideaciones o amagos suicidas.

Posteriormente se admitió la aceptación de un síndrome depresivo específico de la infancia con síntomas parecidos a los adultos, pero otros característicos de su etapa infantil como la agresividad, las quejas o los dolores de cabeza (Méndez, 2001).

En la actualidad prevalece el criterio de que la depresión infanto-juvenil es similar a la depresión adulta y que ambos trastornos son básicamente iguales aunque con algunas características diferentes en función de la edad.

---

<sup>8</sup> El concepto de comorbilidad ha surgido de la necesidad de etiquetar el frecuente solapamiento que se produce entre distintas perturbaciones. Ver último punto al final de este apartado.

Así la Asociación Americana de Psiquiatría en el manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM) publicó en 1995 los síntomas que se aplicaban para el diagnóstico de la depresión.

Síntomas de la depresión según la Asociación Americana de Psiquiatría (1995).

1. Estado de ánimo irritable o triste.
2. Pérdida de interés o placer en las actividades.
3. Pérdida (o aumento) de apetito/peso o fracaso en lograr la ganancia de peso esperada.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar/concentrarse o indecisión.
9. Pensamientos de muerte o ideas, planes, intentos de suicidio.

Una vez aceptada la realidad del síndrome depresivo en la infancia y adolescencia, se empezaron a aplicar los modelos conductuales-cognitivos de la depresión adulta. A propósito de esto último, conviene destacar que se han barajado diferentes hipótesis acerca del proceso que parte de la tristeza y acaba en depresión<sup>9</sup> que revisaremos a continuación. Entre los modelos cognitivos más importantes citaremos: el déficit de habilidades sociales (Lewinsohn, 1974), la presencia de distorsiones cognitivas (modelo cognitivo de Beck, 1967, 1976, citado en apartados anteriores), el modelo de indefensión aprendida (Seligman, 1975; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; es una revisión de la formulación de 1978) y la falta de autocontrol (Rehm, 1977).

El modelo de Lewinsohn (1974) es de origen conductual. Según este modelo las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás, sus habilidades sociales son inadecuadas y sus relaciones

---

<sup>9</sup> Conviene recordar que en una primera clasificación de la depresión existe una división importante: la depresión exógena causada por acontecimientos externos y la depresión endógena causada por factores

interpersonales malas. Esto les produce la disminución de sus relaciones y de las actividades placenteras. Los niños y adolescentes deprimidos muestran déficit de habilidades sociales (Kaslow, Brown y Mee, 1994).

El modelo cognitivo de Beck (1967, 1976), citado anteriormente, sugiere la existencia de esquemas a través de los cuales las personas filtran sus experiencias. En niños y adolescentes, los estudios sobre distorsiones cognitivas han hallado resultados similares a los de los adultos, lo que apoya la hipótesis de la distorsión cognitiva en la depresión (Kaslow y cols., 1994).

En el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975) las personas empiezan a desarrollar depresión cuando perciben las cosas que ocurren a su alrededor como *incontrolables*. Esta teoría aplicada a la depresión no se sostenía, fue revisada y se propuso la reformulación atribucional de la indefensión aprendida (Abramson y cols., 1978). La teoría de la desesperanza de Abramson y cols., (1989) es una revisión de la formulación del año 1978, como hemos citado anteriormente, y se explicita como un modelo de diátesis-estrés que incrementa la probabilidad de depresión y que culmina en la desesperanza. La diferencia con la indefensión aprendida radica en que no se habla de *sucesos incontrolables*, sino de *sucesos vitales negativos*.

Sobre este punto referido, Méndez (2001) apunta que la mera exposición no conduce a la depresión. Para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga (pensamiento anticipado-ansiedad) que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. Es entonces cuando estas expectativas de falta de control producen el déficit característico de la depresión, como desesperanza, desmotivación y dificultad para nuevos aprendizajes adaptativos.

Por último, el modelo de falta de autocontrol de Rehm (1977) se basa en que la depresión es consecuencia de la pérdida de reforzamiento externa y que el sujeto atiende de manera selectiva los sucesos negativos, excluyendo los positivos. Los niños y adolescentes con depresión evalúan sus actividades de forma más negativa que los de grupos que no presentan sintomatología depresiva (Kaslow y cols., 1994).



Desde estas referencias precursoras, en la actualidad se acepta la depresión infantil y juvenil aunque distinguiendo dos corrientes. En primer lugar, los que sostienen que la depresión es equiparable a la del adulto y se puede diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos (Cantwell y Carlson, 1987; Ambrosini y Puig-Antich, 1985). En segundo lugar, la línea de investigación que mantiene que el concepto de depresión en el niño se orienta más hacia el estudio de la depresión desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. Desde esta posición se argumenta que la fenomenología de los trastornos del ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto. En esta línea de pensamiento encontramos autores como Achenbach y Edelbrock (1983), Rutter, Izard y Read (1986) y Kazdin (1989). De esta forma, la aplicación de los conocimientos del desarrollo biológico, afectivo y cognitivo a la comprensión de la depresión, contribuye a entender el desarrollo de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

Sí que existe consenso entre los autores acerca del impacto de la depresión infantil en el rendimiento escolar y de la asociación con diversos trastornos, incluyendo la ansiedad, la anorexia nerviosa, el abuso de sustancias u otro trastorno afectivo, así como la gestación de estos en estadios infantiles y adolescentes (Gotlib y Hammen, 1992; Lewinsohn y cols., 1993; Simonoff, Pickles, Meyer y cols., 1997).

Obviamente, persisten las dudas respecto a cómo se presentan los trastornos afectivos en jóvenes. Sí que nos parece más comprensible, sin embargo, que determinados síndromes (trastorno de la conducta, agresividad, desajustes alimentarios) están afiliados a futuros trastornos afectivos y diagnósticos presentes y requieren, creemos, nuestra atención. Mencionábamos en un apartado anterior la idoneidad del colegio o instituto para la detección de este tipo de alteraciones y, en ese sentido, nos amparamos en las teorías de Brumback, Dietz-Schmidt y Weinberg (1977) que postulan la detección temprana y tratamiento adecuado de los niños con enfermedad afectiva para poder evitar el consecuente fracaso personal, así como el aislamiento social, la actividad antisocial y el suicidio (citado en Cantwell y Carlson, 1987).

En la actualidad autores como Bisquerra (2000) optan por considerar las atribuciones subjetivas e interpretación que el individuo hace de los acontecimientos como su causa más directa, sin desestimar las características personales y los factores externos (acontecimientos vitales negativos, pérdidas, etc.) Existe la hipótesis de que la depresión puede estar causada por unos antecedentes de sucesivas experiencias vitales negativas en las cuales se ha puesto de manifiesto un déficit de autocontrol frente a condiciones adversas (Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinshon, 2000).

Sin dejar de lado estas consideraciones, creemos que estas concepciones están relacionadas con los esquemas disfuncionales y los errores cognitivos que ponen el énfasis en las atribuciones negativas, es decir, cómo una persona atribuye causas a los hechos es lo que puede provocar los estados depresivos (Burns, 1990, Beck y cols., 1983).

## **2.12. Trastorno de la afectividad. Depresión**

La depresión es una alteración del estado de ánimo hacia la tristeza o la melancolía que va acompañado de pérdida de interés por la cosas en general (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004) y que sumergen al individuo en un mundo irreal. Es una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y les impide disfrutar de la vida (Del Barrio, 2007). Se reconoce como trastorno afectivo que implica factores orgánicos, motores, emocionales, cognitivos y sociales (Del Barrio y cols., 2004).

Es necesario establecer una clasificación mínima entre las diferentes clases de depresión para poder orientarnos y detectar qué tipo de trastorno se está produciendo. Esta distinción se estructura en base a cuatro criterios; el primero de ellos, la naturaleza, distingue entre depresión primaria (si es el trastorno principal) o secundaria (cuando es consecuencia de otros trastornos - alcoholismo, drogadicción) o bien de enfermedades crónicas (Bulbena, 1998). Según su complejidad, puede ser unipolar (en la que la depresión es total) o bipolar, en la que alternan las fases depresivas con las maníacas (Vieta, 1998). En tercer lugar, el criterio de severidad es el que diferencia entre depresión mayor (que cumple todos los requisitos del trastorno) y distimia (estado de

ánimo depresivo y persistente pero menos grave, ya que no reúne los criterios diagnósticos de depresión mayor). Por último, y según su origen, llamamos endógena a la depresión si la causa desencadenante de la misma es interna, como, por ejemplo, alteraciones bioquímicas; o exógena, si ésta se produce en respuesta a un suceso externo negativo (Bulbena, 1998).

### *DEPRESIÓN MAYOR*

La depresión mayor como trastorno afectivo puede aparecer en cualquier momento de la evolución infantil o adolescente.

Sus síntomas fundamentales son: el humor depresivo persistente (tristeza) y la anhedonia generalizada (Ambrosini y Puig-Antich, 1985) alrededor de los cuales se organizan el resto de síntomas: culpabilidad, pérdida de interés, fatiga, dificultad de concentración, agitación o lentitud psicomotora, trastorno del sueño y del apetito e ideación suicida. Esta sintomatología similar a la de adultos, se acompaña de cuadros somáticos infantiles como los dolores de cabeza, dolor abdominal y náuseas (Del Barrio, 2007; Méndez, 2001).

Respecto a su importancia, en un estudio sobre la depresión en niños españoles de 4ª de EGB se obtuvieron los siguientes resultados: prevalencia del 1,8% para la depresión mayor y del 6,4% para el trastorno distímico, siendo la tasa de prevalencia de la enfermedad depresiva, sin distinción diagnóstica alguna, en la población estudiada del 8,2% ( Domènech y Polaino-Lorente, 1990).

### *DISTIMIA (Depresión neurótica)*

Este cuadro sintomatológico suele presentarse en los adolescentes antes que la depresión mayor y no es tan severo. No obstante suele tener una duración más larga (entre 1 y 3 años) y tiende a la cronificación lo que le convierte también en un mal padecimiento. La duración media del trastorno afectivo en una muestra de adolescentes fue de 9 meses para la depresión mayor y de 3,9 años para la distimia (Kovacs y cols., 1997)

En la distimia los síntomas son parecidos a la depresión mayor pero son menos intensos. Entre ellos encontramos: desinterés generalizado, sentimientos de culpa, baja autoestima; sin embargo, este sentir del individuo

va fluctuando, produciéndose leves mejorías. Hay días que son más llevaderos que otros y en los que el estado de humor es más positivo. Debido a esta circunstancia este trastorno puede pasar desapercibido en los adolescentes instaurándose más lentamente y durando meses y/o años en una época en la que es necesario recordar la presencia de la confusión adolescente. Para Domènech Llabería (1997) un adolescente de cada cinco tiene una distimia importante y un 2% tiene una depresión mayor.

### **2.13. Epidemiología.**

Se podría decir que el estudio de la prevalencia de los trastornos del estado del ánimo ha ido parejo a los de la depresión infantil. En los años ochenta, la mayoría de estudios informaban de un deterioro emocional y conductual general (Kashani, 1982). Sin embargo en la actualidad la prevalencia de los estados de ánimo varía según los métodos de evaluación, las definiciones de depresión y la población estudiada, entre otros factores.

Si recuperamos diferentes épocas se observa una situación un tanto caótica donde las investigaciones con muestras de comunidades ofrecían datos con oscilaciones que iban desde el 0,14% dado por Rutter y cols., (1970) al 60% que aportaban Carlson y Cantwell (1980). No podemos olvidar, no obstante, que aproximadamente 1,3 millones de jóvenes entre 15 y 19 años padecen depresión en los Estados Unidos (Angold, Costello y Worthman, 1998) lo que nos puede dar una idea de la importancia del trastorno y sus consecuencias posteriores tal y como había apuntado anteriormente Lewinsohn y cols., (1993) al mantener que un 9,6% de adolescentes americanos presentan depresión actual, pero en cambio las cifras ascienden a un 33% si se toma en cuenta el haber tenido depresión en algún momento de su vida y el 31% ha estado por lo menos dos veces deprimido. Klein (1997) argumenta que los adolescentes que sufren un trastorno depresivo, continúan experimentando dificultades significativas en las funciones psicosociales, incluso aún después de la recuperación. Además padecer depresión en la infancia o adolescencia incrementa un 60% ó 70% el riesgo de continuar con la depresión en la edad adulta (Weller y Weller, 2000).

Posiblemente la estimación de la cuantía de la depresión ha variado a lo largo del tiempo, y este hecho no se puede desvincular del desarrollo de su evaluación. En el caso concreto de niños españoles, en un estudio epidemiológico con una muestra de 6.432 sujetos (8-12 años) procedentes de distintos puntos del país y utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) con punto de corte igual o superior a 19 puntos, se halló un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico (Domènech y Polaino, 1990).

Si analizamos las cifras obtenidas a través del CDI en otras poblaciones y con otro punto de corte, se ha estimado que el porcentaje de depresión infantil es del 7,6% (Kovacs, 1980; Achenbach, 1985); sin embargo cuando se ha tomado un punto de corte superior, 21, en otra muestra de niños españoles, el porcentaje desciende al 5% (Del Barrio y Mestre, 1989). En contraposición si la edad de los adolescentes es superior, se dan cifras más elevadas que pueden oscilar entre el 5% y el 15% tal y como mantiene Mestre (1992).

Actualmente está bien establecido que en la población general infantil la depresión mayor puede oscilar entre un 1 o 3 %, mientras que la prevalencia del trastorno distímico se estima entre un 4 o 7% de la población infantil (Del Barrio, 2007; Domènech y Polaino-Lorente, 1990). Hoy en día existe una creciente certeza de que el aumento de la depresión infantil está sufriendo un incremento constante, donde las cifras se asemejan cada vez más a las depresión adulta (Del Barrio, 2007). Si anteriormente se creía que la depresión era una perturbación típica de la mediana edad, hoy existe la convicción de que son los sujetos adolescentes y adultos jóvenes los que están alcanzando las prevalencias más altas (Kandel y Davies, 1986). A este respecto una revisión de Kessler, Avenevoli y Merikangas (2001) hace notar que las diferencias de porcentajes son variables según se use el autoinforme (más alto) o una entrevista clínica.

Hay algunos autores que gustan de estimar la prevalencia por separado en cada etapa concreta: así para preescolar (1-5 años) se dan una cifras del 1%, en niñez media (6-12 años) se calcula entre un 2% y un 8%, y en la adolescencia entre un 15 a un 20% (Gotlib y Hammen, 1996); datos muy similares a estos se encuentran también en revisiones sobre el tema (Kazdin,

1990; Kessler y cols., 2001). Sobre muestras españolas véase la tabla nº 2.2. “Incidencia de depresión en niños y adolescentes españoles”.

**Tabla. nº 2.2. Incidencia de depresión en niños y adolescentes españoles.**

<b>Autor</b>	<b>Población</b>	<b>Edad</b>	<b>Porcentaje</b>
Doménech y Polaino, 1990 <sup>a</sup>	Madrid, Barcelona, Coruña, Gerona, Sevilla, Valencia	8-11	8%
Mestre, 1992	Valencia	13-17	8%
Rivas y cols., 1995	Santander	8-15	13,6%
Moreno, 1998	Madrid	3-6	7%
Roa y Del Barrio, 2002	Madrid	9-13	6%
Carrasco y cols., 2000	Sevilla	12-16	12%
Bragado, 1999	Madrid	6-17	10%
Aláez y cols., 2000	Madrid	0-18	14,6%
Canals y cols., 2001	Reus	17-18	12%
Del Barrio y cols., 2001	Distintas ciudades españolas	7-10	7%
Buela y cols., 2001	Granada	10-12	8,2%

(Elaborada a partir de Del Barrio, 2007, pp. 105.)

A pesar de la considerable variación de los datos de prevalencia, de los estudios revisados se han obtenido diversos hallazgos. En primer lugar, tanto el humor disfórico como el trastorno depresivo parecen incrementarse en los jóvenes; de hecho las tasas mas bajas de prevalencia se encuentran en los años preescolares, antes de los 6 años la prevalencia es inferior al 2% según los estudios revisados, porcentaje que aumenta en la edad escolar y todavía más en la etapa adolescente. En segundo lugar, a pesar de que la sintomatología depresiva se puede identificar antes de la adolescencia, la incidencia de depresión se incrementa de forma considerable en la adolescencia. En tercer lugar, la diferencia entre sexos en adultos, con el doble de mujeres que de hombres con este trastorno, no se presenta en la infancia sino en la adolescencia (Angold y cols., 1999). A este respecto Reinherz y cols., (1991) ya habían apuntado a la mayor proclividad a desarrollar síntomas depresivos entre las niñas, pero estas diferencias sólo comienzan a perfilarse a partir de los 12 años de edad, es decir, en la adolescencia.

#### **2.14. Comorbilidad.**

La comorbilidad o frecuente solapamiento que se produce entre distintas perturbaciones no se restringe a unos determinados problemas, sino que existe en todo tipo de trastornos infantiles (Del Barrio, 2007). Los síntomas, síndromes o trastornos raros veces ocurren de forma aislada en la infancia y la adolescencia, esto es evidente en los trastornos depresivos (Angold y Costello, 1993). Entre ellos la hiperactividad se distingue como el trastorno de comorbilidad más alta, sobre todo con los problemas de conducta. Así, en el estudio de la sintomatología depresiva, la comorbilidad es la regla y no la excepción; entre el 40% y el 70% de pacientes deprimidos tienen al menos otro trastorno emocional concomitante, y de un 20% a un 50% tienen dos o más (Weller y Weller, 2000). En la depresión el trastorno más asociado es la ansiedad junto a los trastornos de conducta, aunque como mantienen Clarkin y Kendal (1992) es todavía uno de los mayores retos diagnósticos y su estudio permanece en estado embrionario (Keiley y cols., 2003).

Parece que sufrir una alteración facilita la aparición de otras afines. Para algunos autores la comorbilidad, como hemos citado, es más la norma que la excepción (Angold, Costello y Erkandi, 1999). Los niños que poseen un estado de ánimo propenso a la preocupación tienen tendencia a desarrollar conjuntamente ansiedad y depresión, como indican los trabajos de Muris (1998) sobre adolescentes. En el caso de los trastornos de alimentación que se han asociado frecuentemente a la depresión parece que se consolida la idea de que existe una base genética que haría más frecuente la aparición conjunta de estas dos alteraciones (Silberg y Bulik, 2006). Sobre este punto referido Shaffer y Waslick (2003) mantienen que la depresión es comórbida con todo tipo de trastornos infantiles pero principalmente con ansiedad, trastornos de conducta, dependencia de sustancias, problemas de alimentación, trastornos somáticos y problemas de rendimiento. En el caso de la depresión infantil la

comorbilidad es especialmente fuerte en relación con los problemas de conducta, agresión y la ansiedad (Del Barrio, 2007).

A partir de distintas investigaciones que han trabajado sobre muestras de escolares españoles se ha encontrado también esta asociación entre depresión, ansiedad y agresión (Del Barrio, 2001b).

De todas las perturbaciones quizás la ansiedad es la que hemos encontrado más frecuentemente asociada a la depresión infantil (Méndez, 2001). Kashani y cols., (1987) llegan a mantener que el 75% de niños presentan conjuntamente depresión y ansiedad. Posteriormente Kovacs y cols., (1989) añaden que no sólo es frecuente, sino que se produce desde edades muy tempranas. Musa, Lépine, Clark, Masell y Ehlers (2003) han sugerido que la causa de ello es que tanto en la depresión como en la ansiedad se producen los mismos sesgos cognitivos debidos a procesos atencionales. En muestras de población española se han llevado estudios sobre comorbilidad entre depresión y problemas de conducta exteriorizada en niños. Ezpeleta, Domènech y Angold (2006) en un estudio sobre población clínica entre 8 y 17 años han encontrado que un tercio de ellos presentaba comorbilidad entre problemas de conducta y depresión y constituían un grupo muy afectado (Del Barrio y cols., 2007).

Se han propuesto numerosos modelos conceptuales para explicar la comorbilidad de la depresión en niños y adolescentes (Caron y Rutter, 1991; Kessler y Price, 1993; Klein y Riso, 1993; Merikangas, 1990; Swendsen y Merikangas, 2000) que, generalizando, se pueden resumir en dos modelos generales: el etiológico común y el causal (Merikangas, 1990). El modelo etiológico sugiere que dos trastornos están asociados porque comparten factores de riesgo. El modelo causal, por otro lado, argumenta que uno de los trastornos causa o reduce el umbral para la expresión del otro. De lo que no cabe duda es que la aparición de la depresión infantil aparece muy frecuentemente asociada a otros problemas emocionales (Del Barrio, 2007; Kovacs y cols., 1984).



## **2.15. Factores de riesgo en los trastornos emocionales.**

En los trastornos emocionales infantiles se han aislado múltiples factores de riesgo que actúan en una compleja asociación. Cada escuela teórica propone un origen de la depresión, aunque en ciencias humanas no es fácil encontrar una relación firme entre causa y efecto (Del Barrio, 2007). Se sabe relativamente poco acerca de las causas de los problemas conductuales y emocionales (Achenbach, 1995). Existen dos grandes grupos de factores: los circunstanciales y/o ambientales y los que se refieren a las características del sujeto.

### **Factores ambientales.**

Las relaciones familiares son, quizás, el factor más importante en el desarrollo emocional del individuo. Sin lugar a dudas, los desajustes emocionales en el seno de la familia repercuten negativamente en el crecimiento y el ajuste emocional de sus miembros (Del Barrio, 2002, Méndez, 2001; Domènech y Polaino-Lorente, 1990). Ya sea por problemas económicos, laborales, desempleo o bien por enfermedad importante (por ejemplo, una depresión grave del padre o la madre), es conveniente siempre analizar el ambiente familiar y las implicaciones emocionales que conlleva. La existencia de problemas dentro del seno familiar es uno de los predictores más potentes en el caso de la depresión (Shafii y Shafii, 1995).

#### *Relaciones padre-madre*

Los estudios revelan que un porcentaje significativo de casos de depresión infantil o juvenil proviene de hogares desestructurados (Méndez, 2001). Los cambios que se producen a partir de una ruptura matrimonial (pérdida de determinadas relaciones y vínculos familiares, régimen de visitas...) suscitan asimismo una pérdida de reforzamiento general que expone a los miembros integrantes del núcleo familiar a experiencias traumáticas que, en cada caso, se perciben de distinto modo. De todas ellas, la conflictividad conyugal presenciada por los hijos es la más negativa, y no todos la pueden

soportar. Para Del Barrio (2003) la existencia de la mala calidad de las relaciones paternas antes y después de un divorcio es lo que verdaderamente influye en la aparición de depresión en los hijos. Cuando esta hostilidad se expresa abiertamente e implica al niño, éste muestra claros signos de ansiedad incluso en edades muy tempranas.

#### *Relaciones padres-hijos*

Hay diversas causas que pueden actuar como posibles desencadenantes de la depresión infantil. Entre ellas, la muerte de uno de los padres (Brown y Harris, 1978; Crook y Elliot, 1980), la negligencia en los cuidados básicos (Parker, 1992), el rechazo psicológico del hijo, los malos tratos, el abuso sexual y los trastornos emocionales de los padres. La existencia de trastornos depresivos en los padres se considera que es el factor de riesgo más potente en relación con la aparición de la depresión infantil (Kaslow, Gray y Ash, 1996). En la misma línea Rohde y cols., (2005) han mostrado que adolescentes hijos de padres deprimidos tienen siete veces más probabilidad de desarrollar episodios depresivos y una conducta suicida en la edad adulta. Parece que los padres ansiosos tienden a ser menos cariñosos e implicados en la crianza, lo que facilita la aparición de sintomatología depresiva en los hijos (Kashdan y cols., 2004).

A lo descrito añadimos los estilos educativos inadecuados, que constituyen, también, factores de riesgo afectivos. No son buenos ni los estilos fríos y distantes, ni los sobreprotectores y permisivos, que forman niños con baja tolerancia a la frustración. Esta misma frustración puede ser considerada un importante variable de predisposición a la conducta depresiva. En población española se ha encontrado repetidamente que el rechazo de los padres es el mejor predictor de emociones negativas (Del Barrio, y Carrasco, 2006; Aluja, Del Barrio y Garcia, 2005).

#### *Relaciones escolares y sociales*

El entorno familiar en el que crecemos es básico. Sin embargo, el colegio adquiere un papel fundamental, en tanto que incide notablemente en las relaciones sociales de los niños y les ayuda en el proceso de formación

adaptativa en el mundo normativo en el que se van a desarrollar. De hecho, en la infancia, el maestro es una figura importante para el niño, aunque posteriormente decaerá en cuanto éste llegue a la adolescencia: las opiniones de los adultos serán sustituidas por las de los compañeros o amigos y se rebelará en un acto propio de los adolescentes y del momento especial que viven (Méndez, 2001).

Con el paso de los años aparecen nuevas causas de la depresión como el fracaso escolar, las decepciones con los amigos o los desengaños amorosos (Del Barrio, 1997). Según argumenta Klein (1997), además, los adolescentes que sufren trastorno distímico (depresión leve con tendencia a la cronicidad) continúan experimentando dificultades significativas en las funciones psicosociales incluso aún después de la recuperación.

### **Factores personales.**

El ambiente no es, sin embargo, el único factor determinante, no influye por igual en todos los niños. Lo cierto es que, ante un acontecimiento vital negativo (muerte de un amigo, por ejemplo) no todos se sienten afectados con la misma intensidad. Puede que algunos se entristezcan más que otros, y aunque la proximidad afectiva respecto a la persona perdida es un buen indicativo, no se corresponde necesariamente con el grado de tristeza. Es decir, tal y como apunta Méndez (2001), la explicación estriba en distintos grados de amistad, pero también en diferencias individuales en vulnerabilidad. Quizás la genética tenga una explicación plausible, puesto que los estudios epidemiológicos muestran que la depresión tanto en adultos como en niños, es más frecuente en aquellos sujetos que han tenido antecedentes familiares afectados también por este trastorno (Del Barrio, 2007).

### *Vulnerabilidad biológica*

Si alguno de los cónyuges ha padecido alguna depresión, los hijos cuentan con mayores probabilidades de desarrollarla. Este hecho se adhiere a la hipótesis de la transmisión genética y, aunque todavía no se ha encontrado el marcador genético que la confirme, no podemos dejar al margen ésta línea de investigación biológica.

### *Vulnerabilidad psicológica*

Los niveles elevados de neuroticismo en un individuo son factores potenciales que predisponen a la depresión. En este nivel, y también como elementos susceptibles de ser factores de riesgo, se encuentran comprendidos episodios problemáticos previos, vivencias negativas y repertorios de conducta, personalidad o algún trastorno asociado (como la ansiedad). Del mismo modo, la vulnerabilidad se hace manifiesta en el abuso del alcohol por parte de los jóvenes, en el fracaso escolar, habilidades sociales o académicas deficientes, fobia escolar, problemas emocionales o hiperactividad (Méndez, 2001). Es por eso que diferentes estudios sugieren que el trastorno afectivo (depresión mayor o distimia) puede cronificar o intensificarse si éste se ha iniciado durante la adolescencia (Carlson y Cantwell, 1979) e incluso apuntan a determinadas patologías frecuentes en la adolescencia (anorexia nerviosa, consumo de drogas) como partes integrantes del espectro depresivo (Carlson y Cantwell, 1980b) citados en Cantwell y Carlson, (1987).

### *Temperamento.*

Es un modo particular y concreto, propio de cada individuo, de responder actitudinalmente ante ciertos estímulos en función de la intensidad, frecuencia y duración de éstos. El temperamento está constituido por el conjunto de elementos somáticos incluido en el sistema nervioso y el endocrino, que permite las reacciones primarias, las básicas y las modificables. Esta última característica es la que distingue el temperamento de las reacciones instintivas, que no son modificables. Aún así, el núcleo temperamental en el que se asienta la personalidad del individuo se gesta a partir de un estilo precoz y determinado de respuesta emocional, y su importancia como posible factor de riesgo ya ha sido verificada. En niños españoles, en concreto, se encontró una alta correlación entre el llamado temperamento difícil y emociones tales como la ansiedad, la depresión y la ira. (Carrasco y cols., 2000, 2001)

### *Edad*

Creemos que éste es un factor a destacar debido a su alcance, y porque justifica nuestro interés por el grupo de edad sobre el que trabajamos en ésta investigación (13-18 años). Autores como Kashani, de hecho, ya han demostrado que la prevalencia de la depresión mayor aumenta con la edad en niños y adolescentes (Kashani y cols., 1983, 1986, 1987). Pero no sólo eso, sino que, además, el resto de autores parecen corroborar, al igual que Kashani, la trascendencia de esta variable. Por ejemplo, Kaplan y cols., (1984) administraron el Beck Depression Inventory (BDI) a 385 estudiantes de enseñanza secundaria. Los resultados demostraron que los niños de 11 a 13 años tenían menos síntomas depresivos que los de 14 a 16 y los de 17 a 18 y que, por tanto, la edad supone una influencia significativa en la aparición de sintomatología depresiva.

Por otro lado, Del Barrio (2001b) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual según los distintos periodos de edad. Es infrecuente en etapas preescolares (2%), aumenta en el periodo escolar (entre un 5% y un 9%) y, finalmente, en la adolescencia alcanza cotas de entre un 10% y un 20%. Para esta misma autora, los desencadenantes de la depresión infantil tienen una condición evolutiva, esto es: mientras que en las primeras etapas de desarrollo del individuo los principales factores de riesgo están relacionados con la familia y con un apego deficiente, en la etapa escolar estos factores cambian, evolucionan, y pasan a tener mayor incidencia la eficacia académica y social y la construcción de la propia identidad.

#### *Estructura de personalidad y autoestima.*

Existen numerosos estudios que relacionan la estructura de la personalidad adulta con la depresión, especialmente en el contexto de la teoría de Eysenck. Para este autor, los sujetos deprimidos se caracterizan por poseer un alto neuroticismo y una baja extraversión (Eysenck, 1972). Es cierto que la sintomatología depresiva es más frecuente en aquellos sujetos que tienden a la introversión y a la inestabilidad emocional y que la depresión correlaciona negativamente con extraversión y control emocional (Fisher, 1993). Estas correlaciones fueron confirmadas en muestras de población española (Del Barrio y cols., 1997). En línea con lo hallado, la inestabilidad emocional o

neuroticismo es el factor de personalidad que más fuertemente se halla vinculado con la depresión tanto en niños como en adolescentes (Del Barrio, Mestre, Tur y Sempere, 2004).

Además de los grandes factores de personalidad, existen algunos otros constructos personales que aparecen frecuentemente asociados con la depresión. Uno de ellos es la autoestima (Del Barrio, 2007).

La configuración de la autoestima camina paralela a la evolución y desarrollo del ser humano al mismo tiempo que la construcción del *yo*. Parece que comenzamos a tener una idea del *self*, diferenciada de los otros, alrededor de los dos años (Piaget, 1937), siendo este un proceso evolutivo que culmina en la pubertad. De manera habitual, la autoestima de los niños, como la de los adultos se construye a partir del juicio de los otros. Hace falta tener una personalidad muy independiente y madura para formar un juicio propio basado en datos concretos y objetivos. Destacamos especialmente los juicios que los padres emiten de los hijos como esenciales para la constitución de la autoestima de estos últimos. Un desajuste en la autoestima se relaciona frecuentemente con la aparición de un amplio tipo de problemas: droga, embarazos precoces, problemas con la justicia y también la depresión (Wilde, 1996). Muchas investigaciones constatan la relación entre baja autoestima y depresión (Johnson, 1981; Seligman y cols., 1984; Fine y cols., 1993) citados en Del Barrio (2007).

La vulnerabilidad que representa una baja autoestima para desarrollar una depresión aparece de manera clara en los estudios de Abela y Taylor (2003), que sostienen que una autoestima alta supone un escudo potente ante la depresión en adolescentes y niños. Con estos datos que acabamos de revisar podemos sostener la idea de que la baja autoestima es efectivamente uno de los elementos relevantes en la conformación de la depresión infantil

## 2.16. Exploración de la afectividad.

Como hemos citado en la introducción, la evaluación de los estados afectivos y/o emocionales no es fácil puesto que constituye un área subjetiva que escapa a la exploración clínica convencional. Tal y como hemos indicado anteriormente en un estudio piloto internacional sobre esquizofrenia, se dedujo un bajo nivel de fiabilidad en función de los datos obtenidos sobre síntomas afectivos y una escasa concordancia entre examinadores en la evaluación del humor en enfermos depresivos (Slauney y Pauker, 1981).

Las fluctuaciones afectivas, por tanto, son atribuibles a un motivo o causa particular de orden psicológico u orgánico sin dejar de ser, por ello, objeto de dudas, especialmente en cuanto a su origen. Todo afecto se compone de ambivalencias (extensibles a su evaluación); es decir, de elementos subjetivos-objetivos (expresados o experimentados) que marcan unos resultados basados en inferencias. En ocasiones, simplemente se trata de definir sensaciones o de referencias situacionales en relación al contexto en qué se producen, o bien de anticipar conductas o disposiciones derivadas de los factores anteriores; en todos los casos infieren, de un modo u otro, sobre los afectos (Fridja, 1970). Sin embargo, tampoco quedan patentes los motivos que provocan los afectos (negativos) en las personas. Podemos sentirnos tristes o desanimados, y no acertar la causa a la que aparentemente atribuimos tal estado.

Desde el modelo cognitivo-afectivo, Mandler (1982) propone que la tonalidad positiva o negativa de las emociones depende del propio conocimiento del mundo. Los afectos se manifiestan y evalúan, así pues, a través de diversos aspectos, como por ejemplo el grado de adecuación, el modo de aparición, el grado de proporcionalidad o la respuesta afectiva. Todos ellos son datos a tener en cuenta por la información que nos suministran, especialmente las manifestaciones externas, así como las repercusiones fisiológicas y los cambios en el comportamiento que pueda experimentar el individuo. De este modo, las lágrimas o el llanto serían una manifestación externa e individual de alguien cuyas relaciones con el medio han sido

modificadas ostensiblemente. Y no se trata necesariamente de un indicativo en negativo; es cierto que podemos llorar de pena, pero también de alegría. La tristeza, como el resto de emociones, se rige por un fuerte componente subjetivo. En principio, se trata de una variante del estado de ánimo que se origina a partir de una determinada actitud del individuo para con sus relaciones con el medio que le rodea, aunque los factores de tipo orgánico también son susceptibles de intervención.

En las emociones, una de las relaciones más estudiadas es la de la tristeza con el concepto de pérdida, esto es, los valores, afectos y expectativas que un individuo deposita en otro ser humano, en un objeto o en algún acontecimiento real, presentan una evidente connotación simbólica que ve alterada y, en definitiva, desaparece. Por consiguiente, se produce la pérdida de toda una serie de atributos que el individuo consideraba intactos hasta el momento. Se supone que el individuo emite un juicio sobre todo aquello que le rodea, y de ahí procede un afecto particular que, posteriormente, marca sus sentimientos y conductas.

Beck (1976) se pronuncia análogamente al respecto, desde una perspectiva cognitiva, mientras que Seligman (1975), a su vez, subraya el hecho de que el individuo se siente impotente de resolver su situación y los problemas contenidos en ella: se muestra incapaz de cambiar la presunta dureza del medio y es escéptico ante posibles cambios positivos. A todo esto añade una percepción de futuro negativa, y una visión perjudicial del entorno circundante y, sobre todo, de sí mismo; se trata de la llamada tríada cognitiva negativa, que aparece en la depresión y en la tristeza patológica. Estas tres configuraciones depresógenas se activan a partir de situaciones que comparten ciertos rasgos con las situaciones originales y se reactivan, en muchos casos, en situaciones que el individuo percibe como pérdidas irrevocables. Como consecuencia de estas pérdidas, el individuo experimenta desánimo y se instala en una conducta propensa a una mala adaptación al medio y que caracteriza la depresión (Kovacs y Beck, 1978, Tensdale, 1983).

Podemos concluir, pues, que aún teniendo en cuenta la opacidad de algunas áreas de expresión de la tristeza, en la mayoría de los casos ésta aparece como resultado de la combinación de factores psicológicos y



biológicos. Los biológicos están sujetos a la repercusión de los cambios climatológicos, estacionales y bioquímicos que afectan el organismo del individuo. En cuanto a los psicológicos, la falta de autoestima puede que sea una de las constantes más reconocidas, ya que está presente en todo tipo de depresiones.

Los sentimientos de culpa, por otro lado, tienden a estar relacionados con el contexto sociocultural en el que se halla el individuo. De hecho, antes del siglo XVI, la autoacusación y la culpa fueron síntomas poco comunes, pero en el momento en que se producen determinados cambios socioculturales, educativos y religiosos, se empezaron a favorecer los sentimientos de culpa y autoacusación en los estados de tristeza. El individuo cuestiona el placer y el displacer como algo propio y no azaroso, orgánico o debido a la influencia de actos ajenos (Murphy, 1978). Como vemos, la repercusión de los estados de tristeza en el individuo es tal que es menester diferenciar la senda que media entre la tristeza normal y la patológica. Esta última se manifiesta por las desproporciones negativas que alcanza el hipotético desencadenante, por la intensidad de las manifestaciones externas y el grado de afectación de la conducta del individuo.

En consecuencia, si queremos evaluar exhaustiva y objetivamente estos estados, mantenidos por el humor negativo, problemas interpersonales, sensación de ineficacia-inutilidad, anhedonia y autoestima negativa, el Inventario de depresión para niños (CDI) nos parece un instrumento adecuado.

### **3. ACONTECIMIENTOS VITALES Y FACTORES DE RIESGO.**

#### **3.1. El estrés.**

El estrés y las situaciones estresantes han formado siempre parte importante del tejido natural de la vida y de la supervivencia. El estrés se ha relacionado habitualmente con constructos como la ansiedad, el miedo, la cólera o la hostilidad. De la misma manera que el estrés constituye una parte de la vida de los individuos, el afrontamiento a las situaciones estresantes es un requisito básico en el proceso del desarrollo cognitivo y emocional.

El propósito de este capítulo es aportar información que permita entender el concepto de estrés como un proceso cognitivo entre el individuo y el medio ambiente. Relacionar emociones (tristeza) y el estrés (como acontecimiento vital) con sintomatología depresiva y/o trastornos emocionales (depresión) y examinar el rol de las emociones dentro del proceso. Por otra parte, queremos significar la importancia de este apartado citando como ejemplo el estudio de Wagner, Cohen y Brook (1996) donde establecían la relación entre el afecto, los acontecimientos vitales y la depresión. Estos autores evaluaron la asociación que existe entre el número de acontecimientos estresantes negativos con síntomas de depresión y del trastorno de conducta, con el estilo familiar cordial o severo. Los resultados indicaron que en los adolescentes que afirmaron tener relaciones más calidas con ambos padres hubo poca asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas depresivos, mientras que en el caso contrario estaba asociado el estrés con los síntomas depresivos.

Posiblemente y en relación con el primer apartado de este trabajo, la separación temporal de la madre y el niño para permitir la actividad exploratoria de éste, puede ser vivenciado como un acontecimiento imprevisto y no deseado por el niño. La impredecibilidad de la conducta de la madre, en una edad en que los niños son incapaces de autorregularse emocionalmente (véase la revisión de Botella, 2005), debe aumentar considerablemente el estrés y la ansiedad en muchos de ellos. Para Cassidy (1994) el apego evitativo es un buen ejemplo de la conducta que el niño construye y exhibe ante el comportamiento de una madre inaccesible.

El término estrés es de muy amplia utilización en nuestras sociedades. Suele emplearse para definir lo que ocurre a un individuo cuando sucede algo que no esperaba que ocurriera, o simplemente una sensación desagradable originada por una preocupación de cualquier origen (Leza, 2005). De manera general, y a la vez confusa, el estrés está referido tanto a situaciones o estímulos que provocan demandas de carácter físico o psicológico en el individuo, así como también a las reacciones emocionales o fisiológicas que se experimentan bajo este tipo de situaciones (Moscoso, 1998).

Los efectos negativos del estrés en la salud, tanto física como emocional, han sido ampliamente descritos en la literatura psicológica y médica, además se ha sugerido extensamente la existencia de una relación significativa entre los acontecimientos vitales y los trastornos y/o alteraciones psicológicas y físicas (Holmes y Davis, 1989; Sandín, 1999), sin embargo no existe hasta la fecha un criterio unánime acerca de su definición.

Dependiendo del enfoque y método de estudio, el constructo estrés puede ser utilizado como emoción, ansiedad, tensión, confrontación, etc. También puede ser estudiado como respuesta o reacción subjetiva del individuo ante los acontecimientos o situaciones estresantes. No obstante, la postura más extendida en la actualidad, es contemplar el estrés como un tipo de relación o interacción entre el individuo y su entorno (Leza, 2005; Moscoso, 1998; Moreno, 1992).

En 1929, Cannon, en sus estudios sobre los mecanismos homeostáticos con relación a las reacciones de *lucha o huída*, se refiere al término estrés como un estado o reacción del organismo ante una variedad de estímulos entre los que se encuentran los dolorosos. Cannon atribuyó estos cambios de procesos biológicos y fisiológicos a la activación de mecanismos homeostáticos cuya función era contrarrestar los efectos causados por la estimulación nociva. Cuando el balance homeostático lograba ser alterado fuera de sus límites, Cannon (1935) consideraba que los sujetos se encontraban *en estado de estrés*, tal y como lo cita en su trabajo Moscoso (1998). Así pues, para Cannon, el estrés era el resultado de trastornos en el mecanismo homeostático del individuo.

Uno de los primeros en estudiar el fenómeno del estrés de manera científica fue Hans Selye (1956). Este autor, pionero en este campo, estuvo profundamente influenciado por estudios de autores anteriores entre los que se encontraba Cannon (citados en del Barrio, 2007). Para Selye (1956), el estrés es un conjunto ordenado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo, por tanto es la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda. Unos años más tarde en su estudio sobre el Síndrome General de Adaptación, modifica su definición y dice: *El síndrome de adaptación general es la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continua exposición al estrés* (Selye, 1946, pp.110, citado en Moscoso,1998).

Sin embargo, Masson (1975a, 1975b) nos hace notar que Selye conceptúa el estrés como un patrón de respuesta fisiológica no específica, ignorando el rol de las emociones en las reacciones de estrés.

Lazarus y cols., (1952) fueron los primeros en publicar un artículo utilizando la frase *estrés emocional*. Estos autores en su tiempo manifestaron lo siguiente: *Ya que el estrés no puede ser definido en términos de estímulo u operaciones de respuesta únicamente, es necesario pensar acerca de estos en términos de una variable interviniente. El concepto adicional que es necesario es el de motivación* (pp 294-295) citado en Moscoso (1998).

Años más tarde, Knapp (1980), describe el estrés como una perturbación homeostática a breve tiempo, resultado de prepararse para una respuesta de emergencia frente a una situación amenazante. Caplan (1981), lo define como una marcada discrepancia entre las demandas y la capacidad del organismo para responder, cuyas consecuencias serán perjudiciales. En este caso el autor se refiere a algo destructivo para el individuo (citado en Moreno, 1992).

Posteriormente Lazarus (1986), añade la evaluación del hecho como amenazador o susceptible de desbordar sus recursos, entonces aparece el estrés. Lazarus resalta los factores cognitivos y valorativos, puesto que la interpretación subjetiva que el individuo hace de la situación la convierte en amenazante o no. Al tener en cuenta los aspectos cognitivos aumenta la

importancia del componente experiencial de las emociones que Selye no había tenido en cuenta (Masson, 1975a, 1975b).

Brown (1989) indica que el entorno externo se relaciona con estados internos psicológicos y fisiológicos. Los acontecimientos difieren según la calidad de la respuesta cognitiva-emocional que el individuo les otorgue. Brown añade que existe un factor de vulnerabilidad al estrés y enfatiza el rol de las variables psico-sociales, así como la constitución y personalidad del individuo (Moreno, 1992).

Lazarus y cols., (1952) ya habían anticipado que las diferencias en rasgos de personalidad, que son el resultado de experiencias pasadas, son reconocidas como estados emocionales de suma influencia porque permiten al individuo responder a estímulos y circunstancias similares de manera diferente (citado en Moscoso, 1998).

Para muchos autores, el estrés es una reacción subjetiva ante un estresor. Cualquier acontecimiento se percibe por el sistema sensorial, el estresor se interpreta cognitivamente en el cortex e integra con la afectividad vía el sistema límbico (Everly y Rosenfeld, 1981) citado en Moreno (1992).

Actualmente existe un consenso general de que la *evaluación cognitiva* (appraisal) que un individuo hace acerca de una situación como amenazadora va a influir significativamente en la forma de reacción emocional a dicho acontecimiento. Lazarus y Folkman, (1984) y Lazarus (1991c) ya habían anticipado que el proceso de negociar entre las demandas y recursos del medio ambiente y por otra parte de las creencias y la prioridad en las metas, juegan un rol fundamental en las reacciones emocionales dentro del proceso de estrés.

Desde una concepción más moderna, el estrés se entiende como un proceso interactivo y dinámico que produce ciertos estados emocionales, los cuales pueden influir en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas y la relación entre apoyo social y salud (Barra, 2003b; Barrón y Sánchez, 2001; Herrero y Musitu, 1998).

Entre los autores que han estudiado el estrés en la infancia y adolescencia podemos citar los siguientes: Noshpitz (1990) estudia el estrés en niños y adolescentes. Para este autor el estrés tiene unas implicaciones

clínicas y afectan tanto a la salud física como mental, produce sufrimiento y altera el desarrollo óptimo del niño. Para Arnold (1990) el estrés es un factor físico, emocional o químico que ejerce una presión significativa en la habilidad del individuo para adaptarse. Un individuo puede tener una adaptación satisfactoria o no frente a una situación estresante.

Tal y como recoge Moreno (1992), la mayoría de los estudios sobre estrés se han centrado en la clase de estímulos o situaciones estresantes que cada persona está expuesta a lo largo de su vida. A estas situaciones se les ha denominado *Life events* o acontecimientos vitales. Estos pueden llegar a desencadenar alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad. Dentro de los acontecimientos vitales existen dos grandes grupos de factores a tener en cuenta; los que se refieren a las características del sujeto (rasgos) y los que pertenecen a las circunstancias ambientales o entorno y por lo tanto pueden ser incontrolables (Del Barrio, 2007).

No debemos olvidar que los seres humanos tenemos la habilidad de anticipar eventos futuros (verdadero origen de la ansiedad), de interactuar con otros y de cambiar nuestro ambiente. Cuando una persona evalúa cognitivamente una situación (peligrosa, amenazadora o frustrante), se produce una reacción emocional. En este sentido la reacción emocional es el proceso de evaluar cognitivamente el significado de lo que en ese momento está poniendo en peligro nuestra seguridad, autoestima y estabilidad personal (Spielberger y Moscoso, 1995).

Para Moreno (1992), lo importante es que la reacción emocional permite un cambio psicológico del organismo cuando el individuo percibe el acontecimiento vital como amenazante, desencadenándose una respuesta de estrés (Barrón y Chacón, 1990). Las consecuencias se traducen tanto a nivel físico como psíquico (Barrón y Sánchez, 2001; Herrero y Musitu, 1998).

### 3.2. Acontecimientos vitales y vulnerabilidad.

Para argumentar la relación entre el exceso de acontecimientos vitales, otros factores mediadores y la depresión, podemos distinguir los acontecimientos en la niñez como situaciones de vulnerabilidad, los acontecimientos negativos en la adolescencia como desencadenantes y los factores de riesgo mediados. El concepto de *vulnerabilidad* se utiliza precisamente para denominar la situación en la cual un sujeto reúne un conjunto de condiciones suficientes que hacen probable que llegue a desarrollar una determinada perturbación (Del Barrio, 2007).

En el caso de los niños se ha subrayado que su vulnerabilidad está especialmente ligada a su capacidad de control emocional y a los procesos precoces de apego, especialmente en aquella que tiene que ver con los trastornos de tipo emocional (Zeanah y cols., 1997). Cabe la posibilidad de que las experiencias tempranas estresantes puedan crear una especie de hipersensibilidad, lo que produce un incremento de la vulnerabilidad hacia un acontecimiento o ambiente de estrés generalizado (Moreno, 1992).

La adolescencia es un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendrá importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas (Roselló y cols., 2004) y el inicio de diversos problemas de salud, tanto física como emocional, que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida (Williams, Holmbeck y Greenley, 2002).

En un estudio longitudinal Waters y cols., (2000) encontraron que los acontecimientos vitales negativos del ciclo vital (pérdida de un progenitor, divorcio de los padres, enfermedades graves, enfermedades mentales de uno de los padres, abuso físico o sexual por parte de un miembro de la familia) fueron los factores más importantes en el cambio de apego entre la infancia y la adolescencia.

Sobre la posible conexión entre los acontecimientos que ocurren durante el curso de la vida y el inicio de la enfermedad, existe un considerable volumen de datos (Leza, 2005; O'Doherty y Davies, 1987). El trabajo de Brown y Harris

(1978) es un buen ejemplo en el área de la depresión tal y como nos indica El-Shikh y cols., (2004).

En otro estudio longitudinal de 5 años de seguimiento llevado a cabo por Nolen-Hoeksema y cols., (1992), se establece con claridad que cuando el niño es más pequeño (10 años) parece que los acontecimientos negativos preceden a la aparición de la depresión, de la indefensión y de la incompetencia social y al incremento del estilo atributivo negativo, mientras que los adolescentes tienden a invertir este orden (Del Barrio, 2007).

Apoyándonos en lo anterior, partimos de la base que las experiencias y las cogniciones que se derivan de ellas, son los componentes del proceso mental que regulan los efectos emocionales de los acontecimientos vitales y juegan un papel muy importante en la transición y vulnerabilidad del período adolescente (Abramson y cols., 1997; Moreno, 1992).

Para algunos autores, la forma más drástica de separación es la muerte paterna. Los primeros estudios sostenían una relación inequívoca entre la muerte o pérdida paterna, vulnerabilidad y aparición de depresión tanto en niños como en adultos (Brown y Harris, 1978). Se consideraba que la muerte representaba el acontecimiento desencadenante (Crook y Elliot, 1980; Rutter, 1966) combinada con la vulnerabilidad del niño, ya fuese de carácter personal o social. Estudios posteriores parecen confirmar que lo que verdaderamente causa la depresión no es tanto la desaparición precoz de la madre o del padre, sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de los cuidados y la atención indispensable para un desarrollo correcto (Parker, 1992).

De estas referencias se desprende que los factores de riesgo y protección pueden ser: ambientales y/o constitucionales (personales) y que si utilizamos una perspectiva dimensional podemos designar factores de riesgo a los que incrementan la posibilidad de desarrollar alteraciones en la infancia y la adolescencia. Por el contrario designamos factores de protección a aquellos que tienen la habilidad de reducir los efectos del estrés en el individuo (Rutter, 1979, 1987b,c). A este punto referido Garmezy (1985) mantiene que las buenas relaciones con los padres, una atmósfera familiar sensible y preocupada por entender al hijo, y un entorno externo de apoyo general,



refuerza la autoestima y ayuda a afrontar las situaciones estresantes disminuyendo la vulnerabilidad.

### **3.3. Acontecimientos vitales y factores de riesgo.**

#### **3.3.1. Factores ambientales o extrínsecos.**

##### **Familia y relaciones.**

En la actualidad se acepta ampliamente que existen dos variables psico-sociales entre los acontecimientos vitales, que juegan un papel significativo en el desarrollo de los trastornos emocionales y las adicciones entre otros: las experiencias en la niñez (Kubicka y Kozeny, 1988; Bernardi y cols., 1989) y posteriormente traumas en los adultos (Rousanville y cols., 1982; Cooke y Hole, 1983).

En el apartado sobre el apego, hemos citado la importancia de la calidad de las relaciones del niño durante el primer año de vida con la persona de referencia (madre, padre, otros). Sobre la calidad de las relaciones, Main y Weston (1981) y Sroufe (1985), dicen que predicen posteriores formas de interacción social. Recordamos a Bowlby (1969) cuando indica que las relaciones tempranas entre padres e hijos, estrechas y profundas, ejercen un efecto protector frente a posteriores acontecimientos vitales de impacto negativo (Bowlby, 1993, 1990, 1989).

En línea de estas referencias precursoras, Moreno (1992) mantiene que la calidad de las experiencias tempranas ejercen una influencia significativa en las interacciones sociales en etapas adolescentes. De la misma manera que las experiencias negativas; falta de expresión, comunicación, de estimulación por parte de la madre, puede ser un factor de riesgo y ejercer efectos sobre el desarrollo socio-emocional y cognitivo del niño. Para Rutter (1987,b), es evidente que los factores sociales están envueltos tanto en la vulnerabilidad como en la protección del estrés y alteraciones psicopatológicas.

Shafii y Shafii (1995) subrayan la importancia del papel de la familia en la génesis, expresión y mejoramiento de los trastornos depresivos y bipolares y sostienen que los niños son el termómetro de la familia.

En consecuencia la familia, eje sobre el que giran los individuos, puede significar en unas circunstancias un factor de protección si la familia proporciona al niño o al joven, afecto, respeto, seguridad y autonomía, y en otras de vulnerabilidad si proporciona lo contrario (Méndez, 2001; O’Kearney, 1996; Moreno, 1992).

Para O’Kearney (1996), las características del niño, las de los padres y las de la relación única que existe entre ellos afectan el comportamiento futuro del niño. En esta misma línea Garnezy (1985), y Rutter (1987b,c) indican que existe una relación entre las características, el entorno familiar y entorno social en la producción de factores de riesgo o en la protección a alteraciones psiquiátricas cuando aparece uno o varios acontecimientos vitales estresantes. A este respecto Farmer y cols., (2002), dicen que existen unos mecanismos que median el efecto de estas variables. Estos mecanismos han sido estudiados en los trastornos depresivos donde el neuroticismo y la extraversión correlacionan con el estado de ánimo y los acontecimientos vitales.

Cabe la posibilidad de que las experiencias tempranas estresantes que para Bowlby podían ser equivalentes depresivos, puedan crear una hipersensibilidad, lo que produce un incremento de la vulnerabilidad hacia un acontecimiento o ambiente de estrés generalizado (Moreno, 1992).

Rounsaville y cols., (1982), en un estudio sobre adicciones en adolescentes y respecto a los factores de riesgo, encontraron que un tercio de la muestra con la que habían trabajado había experimentado *acontecimientos perjudiciales* en la infancia, en particular violencia, hospitalización y separación de los padres en la niñez.

Para Aysan, Thompson y Hamarat (2001) y O’Neill, Cohen, Tolpin y Gunther (2004), los estresores menores o problemas cotidianos pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental. Por el contrario, el rendimiento escolar y la competencia social son predictores fiables de la resistencia al estrés en niños (Rutter, 1987).

De la importancia de los estilos de apego en la niñez y la adolescencia citamos un estudio sobre comportamientos de riesgo (adicciones) de Bernardi y cols., (1989) donde compararon los alcohólicos y a los adictos a la heroína con

un grupo control normal y encontraron que la sobreprotección maternal y paternal era más frecuente en los adictos a narcóticos.

Barra y cols., (2005) encontraron en una muestra de adolescentes una relación significativa entre los acontecimientos estresantes experimentados, el ánimo depresivo y los problemas de salud. Además aquellos adolescentes afectados sostenían una débil relación con el apoyo social percibido. Los mismos autores y respecto a las diferencias de género informaron en las mujeres de un mayor número de problemas de salud, mayor impacto de los acontecimientos y especialmente mayor ánimo depresivo que los hombres.

### **Comorbilidad.**

La morbilidad psiquiátrica general en la niñez, independientemente del tipo de patología, se ha identificado como un factor de riesgo (Lopes y cols., 1996). Los trastornos más comúnmente investigados son los trastornos de conducta, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos afectivos (Horner y Scheibe, 1997).

Los acontecimientos vitales juegan un papel establecido en la morbilidad psiquiátrica en la niñez, incluidos los niños consumidores de sustancias. Sobre este último aspecto, se encontró que las tasas más altas de duelo (Stoker y Swadi, 1990) de enfermedad grave (Brook y cols., 1989) y de abuso sexual en la niñez o en la adolescencia (Hernández, 1992) eran más prevalentes entre los adolescentes consumidores de drogas, que entre los no consumidores. (En Hussein El-Shikh 2004). Sobre el efecto negativo que producen los abusos o maltratos en la niñez no caben muchas dudas, puesto que constituyen una de las experiencias más estresantes y traumáticas para los niños/as (Waters y cols., 2000) dado que se alteran su seguridad y estabilidad emocional (Moreno, 1992) y distorsionan el sentido de lo correcto e incorrecto, es decir, del bien y del mal. Este tipo de experiencias se pueden convertir en estresores crónicos con riesgos de alteraciones emocionales (Trad, 1988, 1987), siendo un factor importante en el cambio de apego entre la infancia y la adolescencia.

### **3.3.2. Factores personales o intrínsecos.**

Como indicamos en el capítulo anterior, el ambiente y las relaciones son muy importantes, sin embargo no son los únicos factores a tener en cuenta puesto que no influyen de la misma manera en los individuos (Mendéz, 2001). Los estudios epidemiológicos muestran que la depresión tanto en adultos como en niños, es más frecuente en aquellos sujetos que han tenido antecedentes familiares afectados también por este trastorno (Del Barrio, 2007). Estos datos ponen de relieve que existe una vulnerabilidad biológica (genética o predisponente) y otra psicológica que englobaría las vivencias negativas, la vulnerabilidad y la comorbilidad entre otras causas (Cantwell y Carlson, 1987).

#### **Edad o etapa evolutiva.**

Coddington (1972a) indica que los acontecimientos vitales aumentan paulatinamente con la edad, es decir, a medida que pasan los años tiene mayor posibilidad de experimentar acontecimientos. Shafii y Shafii (1995), sostienen que la prevalencia de los trastornos del ánimo aumenta con la edad de manera parecida a los acontecimientos vitales. También Rutter (1981, 1986, 1987) señala que el aumento de los sentimientos depresivos en adolescentes es más una función de la pubertad que de la edad. El niño, más tarde adolescente, también va desarrollando mayores habilidades de afrontamiento al estrés, de forma que al final del proceso debería estar capacitado para afrontar cualquier tipo de acontecimiento vital. A pesar de ello, la relación entre acontecimientos vitales y alteraciones en niños y jóvenes es un hecho constatado (Brown y Harris, 1989; Arnold, 1990, Goodyer, 1990).

En referencia al apartado anterior, Kashani y cols., (1983, 1986, 1987) y Kaplan y cols., (1984) demostraron que la prevalencia de la depresión aumenta con la edad en niños y adolescentes. La vulnerabilidad frente a unos determinados acontecimientos varía en las distintas etapas de la vida (Mcgee y cols., 2001). Un niño pequeño (0-6 años) se afecta por los acontecimientos que ocurren en el seno familiar: la separación o la pérdida materna o paterna, el abandono, el abuso y todo aquello que está relacionado con el apego. Los niños en edad media (7-12 años) empezarán a ser más sensibles a

acontecimientos con el rendimiento escolar, interacción con compañeros, la competencia en el juego, pertenencia al grupo, mientras que los adolescentes (13-18 años) muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio de relaciones con padres y amigos o el inicio de las relaciones de pareja.

De la misma manera, Del Barrio (2001b) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual según los distintos periodos de edad y añade que la depresión infantil tiene una condición evolutiva y diferenciada, siendo los principales factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo la familia y un apego deficiente, para posteriormente en la etapa escolar, tener mayor incidencia la eficacia académica y social y la construcción de la propia identidad (Del Barrio, 2002, 2007).

### **Género.**

Como hemos citado en un párrafo anterior, para Rutter (1981, 1986, 1987) el aumento en los sentimientos depresivos es más una función que acompaña la pubertad que de la edad. En la actualidad son muchos los autores que se suman a esta tesis. No obstante, no podemos olvidar que en la adolescencia se intensifican las diferencias y aumentan los acontecimientos vitales y que éstos no afectan a todos por igual (Méndez, 2001). Podría decirse que por ser la adolescencia un periodo de desarrollo e intensificación de las diferencias, el interés reside en examinar tales diferencias respecto a los problemas de salud y a los factores relacionados con ellos. Kandell y Davies (1982) encontraron que las adolescentes de 14-18 años de edad tenían más síntomas depresivos que los varones. En muestras españolas concordaban los hallazgos (Del Barrio y Mestre, 1989; Doménech y Polaino-Lorente, 1990).

Diversos estudios han informado que, en comparación con los hombres, las mujeres adolescentes refieren más quejas somáticas (Gecková y cols., 2003; Haugland y Wold, 2001; Baldwin, Harris y Chambliss, 1997) mayor cantidad de acontecimientos estresantes, mayor malestar asociado a dichos acontecimientos y mayor estrés percibido (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003; Griffith, Dubow e Hipólito, 2000), así como mayor número de síntomas depresivos (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004; Ge, Conger y Elder, 2001).

Se ha detectado en la depresión que la influencia ambiental es más importante en los primeros años de vida, mientras que en la adolescencia el peso genético se vuelve mayor sobre todo en las chicas (Scourfield, Rice y cols., 2003) y en ambos sexos si se produce un mayor número de acontecimientos vitales negativos (Rice, Harold y Trapar, 2003). en del Barrio

### **Estructura de personalidad y autoestima.**

Sabemos por estudios anteriores que la estructura de personalidad guarda relación con la depresión especialmente en el contexto de la teoría de Eysenck (citado en Figueras, 2006) donde los sujetos deprimidos se caracterizan por poseer un alto neuroticismo y una baja extraversión. Moreno (1992) añade que las características individuales también pueden ejercer vulnerabilidad o protección al estrés sin olvidar la herencia, edad, temperamento o personalidad como algunos de los factores intrínsecos que pueden hacer al sujeto más vulnerable o resistente al estrés. Para Del Barrio, Mestre, Tur y Samper (2004), la inestabilidad emocional o neuroticismo es el factor de personalidad más vinculado con la depresión en niños y adolescentes.

Es necesario también considerar que sobre las características individuales existe una amplia literatura que expone que los individuos más inmunes al estrés tienen al menos una cualidad sociopática en su personalidad, establecen relaciones poco profundas o íntimas y cambian fácilmente de amigos o relaciones (Rutter, 1981; Brown, Bifulco y Harris, 1987).

En general los estados de ánimo negativos, especialmente si son intensos y/o prolongados donde existe una baja autoestima, hacen al individuo más vulnerable a enfermedades físicas o trastornos emocionales (Sandín, 2002) e incluso inducen a conductas adictivas (El-Shikh y cols., 2004) y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social (Barra, 2003). Un desajuste en la autoestima se relaciona con la depresión, las conductas adictivas o los embarazos precoces (Wilde, 1996). Esto permitiría explicar el hecho que el pesimismo y el ánimo depresivo se asocien con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Treharne, Lyons y Tupling, 2001).

Unos años antes, Molina (1983) indica que los síntomas psicológicos y biológicos interactúan entre sí y son vulnerables de desequilibrio debido a la alteración de uno de los dos sistemas. También añadía que los sujetos vulnerables al estrés poseen un perfil de baja tolerancia a la frustración, indefensión aprendida, baja autoestima, miedo a las relaciones sociales, poca confianza en los demás y falta de cariño y afecto.

Otros autores ya habían hallado relaciones significativas entre la baja autoestima y la vulnerabilidad que representaba frente a la depresión (Johnson, 1981; Seligman y cols., 1984; Fine y cols., 1993) tal y como nos recuerda Del Barrio (2007). En la actualidad estos aspectos han sido constatados en los estudios de Abela y Taylor (2003), donde aparece de manera clara que la alta autoestima supone una potente protección frente a la depresión y que la baja autoestima se relaciona significativamente con el trastorno emocional.

Sobre la baja autoestima algunas investigaciones longitudinales indican que es mejor predictor de la depresión, que la depresión de la baja autoestima (Fine y cols., 1993), mientras que otros exigen que se añada a la baja autoestima una experiencia de acontecimientos negativos para que se pueda dar una buena predicción de la depresión (Hammen y cols., 1985).

Así visto, los acontecimientos vitales son estímulos estresantes que pueden alterar la conducta del individuo (Sandín, 1999; Holmes y David, 1989) estableciéndose unos cambios cognitivo-emocionales (Leza, 2005) que dependiendo del significado que el individuo atribuye pueden aumentar su vulnerabilidad, por tanto los acontecimientos vitales negativos, provocan estrés psicofísico y pueden ser la etiología de desordenes afectivos (Moreno, 1992; Lazarus y Folkman, 1986).

Para concluir este apartado queremos aportar lo siguiente, en los trastornos emocionales infantiles se han aislado y estudiado múltiples factores de riesgo que actúan en compleja asociación (Méndez, 2001). Como hemos citado anteriormente creemos que la interacción entre los factores ambientales (donde encuadramos los acontecimientos vitales) y personales es la posición más abierta a nuevas aportaciones. Por otra parte y como nos recuerda Del Barrio (2007), a veces no es fácil encontrar una relación firme entre causa y efecto. Por tanto la figura que a continuación se expone, nos parece una

perspectiva dimensional abierta y acertada, que nos permite una aproximación a las fuentes del estrés y por tanto de vulnerabilidad en los adolescentes.

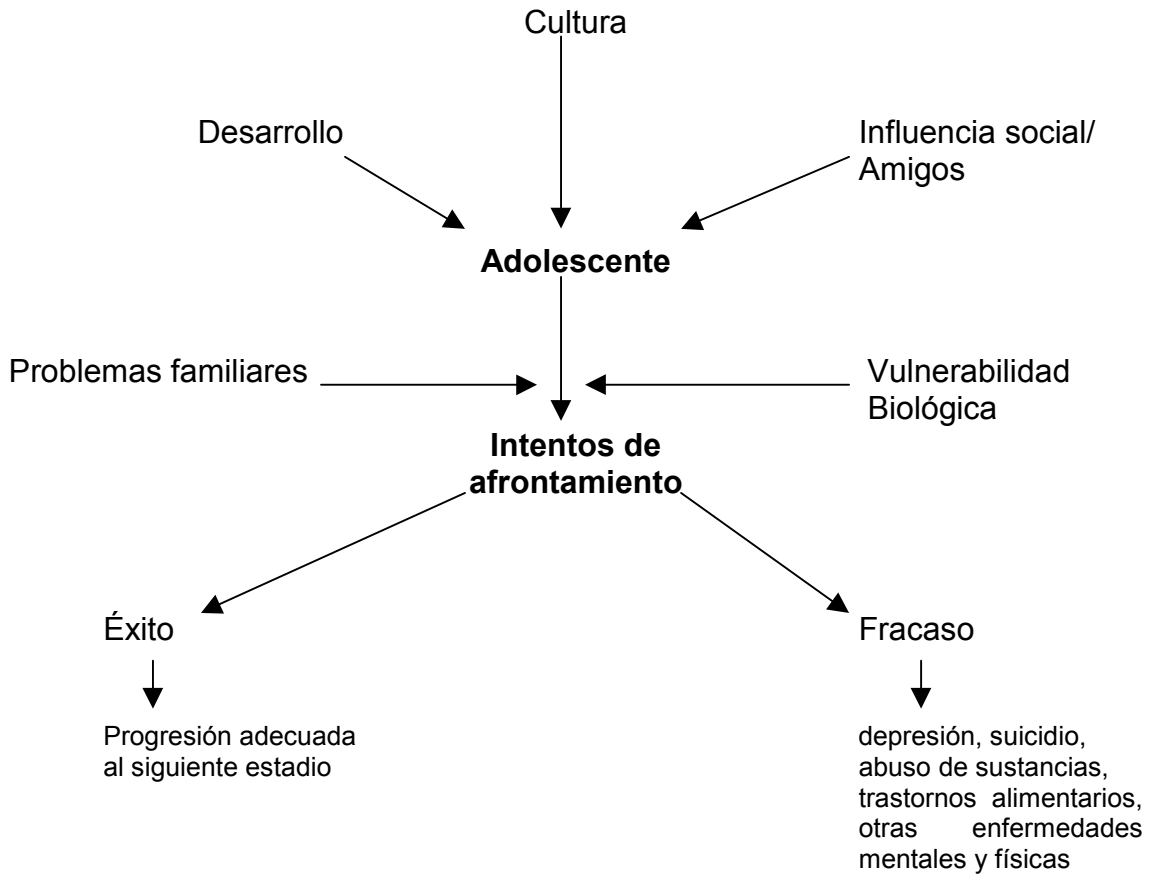


Figura nº 3.1. Fuentes de estrés en la adolescencia (en Arnold, 1990).



### 3.4. Impacto y acumulación de acontecimientos vitales negativos.

Al estudiar el impacto de los acontecimientos vitales es necesario tener en cuenta también el efecto de la acumulación de los acontecimientos negativos. El impacto de los sucesos vitales puede variar en función de distintos factores como su deseabilidad, su controlabilidad, su predecibilidad de aparición, su intensidad o el cambio evolutivo que produce (Thoits, 1983). Diversos autores se han centrado en detectar qué factores son susceptibles de provocar consecuencias de mayor o menor relevancia (Thoits, 1983; Hughes, George y Blazer, 1988). Una de las características de los sucesos donde más consenso se ha alcanzado respecto a su influencia es la deseabilidad. Si bien no existe consenso sobre el modo en que esta dimensión actúa, generalmente se acepta que la indeseabilidad de un suceso puede causar estrés e incluso trastorno mental (Swearingen y Cohen, 1985).

A este respecto, Del Barrio (2007) comenta que el carácter azaroso de los acontecimientos vitales les convierte en uno de los ingredientes imprevisibles de la vida humana. Sin embargo, si se puede prever una actuación que remedie o limite la vulnerabilidad de los sujetos ante estos acontecimientos. Gorman y Brown (1992) discutieron la idea de que ciertas personas son más *predispuestas a acontecimientos* con respecto a algunos tipos específicos de acontecimientos, y suscita la cuestión de hasta que punto las predisposiciones de personalidad pueden influir la relación entre acontecimientos vitales y trastornos (emocionales, de conducta).

Otra de las dimensiones que podría potenciar un impacto negativo e incrementar la probabilidad de trastorno es el grado de predecibilidad en la aparición de un suceso (Thoits, 1983; Ruth y Öberg, 1996; Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998). Basándose en esta dimensión diversos autores han distinguido entre acontecimientos normativos y no normativos, los primeros serían aquellos que aparecen de forma predecible y regular en el tiempo, se trata por tanto de acontecimientos esperados, puesto que el sujeto conoce que van a acontecer (Thoits, 1983; Baltes y cols., 1998). En el segundo caso, los sucesos no normativos se definen como crisis comunes pero no

predecibles, porque suceden de forma independiente (Thoits, 1983; Baltes y cols., 1998, Clemente y Córdoba, 1999b).

En investigaciones realizadas sobre niños españoles (Moreno y Del Barrio, 1995; Del Barrio, Moreno, López y Olmedo, 1997) se ha llegado a determinar los acontecimientos estresantes más frecuentemente vivenciados: nacimiento de un hermano, muerte del abuelo, cambio de colegio y malas notas, la acumulación de estos acontecimientos eleva la aparición de sintomatología depresiva en los niños (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1995).

Sin embargo, lo cierto es que durante la última década se ha producido cierto cambio hacia un mayor énfasis sobre la relevancia de los llamados sucesos menores o estrés diario (Sandín, Chorot y Santed 1999a). Aspecto que ya habían anticipado Arnold (1990) y Daniel y Moos (1990) al decir que la acumulación de acontecimientos negativos y pequeñas contrariedades que se consideran como un estrés crónico, es la forma más habitual de desencadenante de la depresión en los niños. Según Arnold (1990), en población infantil anglosajona, los estresores infantiles más frecuentes son: abuso, retos y peleas, competición, pobreza, ausencia paterna, enfermedad paterna, divorcio (Stoker y Swadi, 1990), muerte paterna, estrés yatrogénico, estrés tecnológico y estrés televisivo.

Hay datos que demuestran que los efectos de la acumulación pueden actuar a largo plazo y no sólo de forma inmediata (Kim y cols., 2003). La exposición continua a estímulos estresantes parece relacionarse claramente con el inicio temprano o tardío o con la evolución de numerosos procesos patológicos tal y como indica Leza (2005). Se ha pensado a veces que la relación entre acontecimientos negativos y depresión podría nacer del hecho de que los sujetos deprimidos hayan hecho en sus informes mención de mayor número de este tipo de acontecimientos (Del Barrio, 2007). A este respecto podemos mencionar que existen posibles limitaciones inherentes al modelo de evaluación popularizado por Holmes y Rahe (1967) sobre los sucesos vitales y el impacto que producen tal y como nos lo recuerdan Sandín y Chorot (1999).

Stoker y Swadi (1990) han identificado como situaciones estresantes importantes en la vida de los adolescentes que consumen drogas las siguientes: el divorcio de los padres, la discordia, la ruptura familiar, la

comunicación negativa, la respuesta afectiva, la disciplina inconstante y la violencia familiar. La mayor parte de los estudios investigan los efectos acumulativos de los acontecimientos negativos sobre los niños. No obstante, existen también trabajos que informan de la aparición de una depresión por la experiencia de un determinado acontecimiento en solitario. Uno de estos acontecimientos es la enfermedad propia especialmente el cáncer (Del Barrio, 2007).

En un estudio sobre el daño cerebral producido por estrés, Leza (2005) mantiene que un 88% de varones y un 79% de mujeres padecen síndrome de estrés postraumático, este síndrome puede coexistir con otras patologías psiquiátricas como: adicción alcohólica, depresión mayor y alteraciones de la conducta. Goodyer y cols., (1988) sostienen que curiosamente los acontecimientos vitales agudos ocurren, habitualmente en presencia de adversidades crónicas familiares, por lo que parece que a mayor vulnerabilidad nos suceden (o lo interpretamos así) más acontecimientos negativos.

Un acontecimiento considerado clásicamente como antecedente de la depresión es la muerte de los padres (Rutter, 1966; Crook y Elliot, 1980). Sin embargo estudios posteriores han demostrado no encontrar este tipo de relación (Del Barrio y Mestre, 1989; Lewinsohn y cols. 1994). Incluso en el caso de que se encuentre, siempre está asociado a un descenso de apoyo social, cuestión ésta que en palabras de Herrero y Musitu (1998) y Barrón y Chacón (1990) ha sido claramente establecida la relación con el bienestar psicológico y por lo tanto en la aparición de situaciones en la que la desaparición de los padres no ha tenido una sustitución adecuada (Del Barrio, 1988). Tenant y Bernardi (1988) documentaron que la pérdida de los padres en la niñez (acontecimiento vital negativo) era más común entre los adolescentes con alguna adicción (alcohol, narcóticos) que en los controles que no habían perdido a los padres, siendo evidente el papel protector de la familia que atenúa el impacto de las experiencias desagradables de la vida.

También se ha sostenido que la repercusión de los acontecimientos vitales sobre los estados emocionales es relativamente moderada (Kessler y cols., 1985), y además está fuertemente modulada por el apoyo social (Barrón y cols., 2001; Herrero y Musitu, 1998; Thoits, 1982) el afrontamiento y los

recursos personales de cada sujeto (Tesser y Beach, 1998). En cualquier caso, esta repercusión existe y un acontecimiento negativo puede desencadenar una depresión, sobre todo en los períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997).

Todo acontecimiento negativo tiene que provocar una reacción normal de desagrado en el sujeto que la sufre, pero su duración e intensidad deben ser ajustadas al tipo de acontecimiento; si no es así, nos encontramos con una reacción desadaptativa que suele ser de ansiedad o depresión y con frecuencia ambas se suelen presentar conjuntamente (Del Barrio, 2007).

Sin embargo, los acontecimientos vitales negativos y las dificultades en el desarrollo social pueden ser amortiguados por la presencia de buenas relaciones (Moreno, 1992) y el apoyo social que puede actuar como moderador de otros factores que influyen en el bienestar físico y psicológico (Barrón y Sánchez, 2001). A este respecto, en una de sus conclusiones, Herrero y Musitu (1998) mantienen que el apoyo social tiene un efecto supresor sobre los acontecimientos vitales estresantes. Las personas que perciben una mayor integración comunitaria muestran un menor nivel de estrés porque tienen un mayor nivel de autoestima familiar y menor nivel de depresión.

En niños más pequeños (11 años) también se ha detectado que el número y la intensidad de los estresores y los pensamientos negativos son buenos predictores de la aparición de la depresión (Hilsman y Garber, 1995). Según Kira (1993) aunque casi ningún acontecimiento vital puede ser concebible como la causa del suicidio en los adolescentes, ciertos sucesos pueden crear en ellos vulnerabilidad a estados extremos de desesperanza y desaliento, predisponiendo a una conducta suicida o depresión.

### 3.5. Acontecimientos vitales y cogniciones.

La mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre la depresión postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interaccionan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas (Kwon y Oei, 1992; Olinger, Kuiper y Shaw, 1987; Wise y Barnes, 1986, Alloy, Clements y Kolden, 1985).

Gorman y Brown (1992) suscitan la cuestión de que las predisposiciones de personalidad pueden influir también entre los acontecimientos vitales y los trastornos emocionales y de conducta. Goodyer (1990) indica que en la interpretación de los acontecimientos vitales interviene la adquisición de hábitos, estilos, emociones y la forma de pensar del adolescente que puede ayudarnos a entender como actúan en esa edad los mecanismos cognitivos.

Un interesante estudio ha encontrado que los niños que previamente poseen un estilo cognitivo negativo tienen también más dificultades en aceptar las malas notas (Hilsman y Garber, 1995). Existe una cierta evidencia de que los estilos cognitivos median entre la aparición de la depresión y la experiencia de acontecimientos negativos de tal manera que, la teoría de la indefensión cobra nueva fuerza tal y como mantienen Gibb y Alloy (2006).

Conley, Haines, Hilt y Metalsky (2001) han analizado la evolución del estilo cognitivo y su relación con la autoestima, los acontecimientos vitales negativos y la depresión en niños de 5 a 10 años. Estos autores informan que no encontraron, en niños de cinco años, ninguna relación entre estilo atributivo de acontecimientos negativos pero si en los acontecimientos positivos y su relación con la depresión. Si esto se combina con la experiencia de estrés se encuentra el mismo patrón en los niños pequeños y también en los más mayores. Todos los niños sometidos a alto estrés tienden a incrementar su depresión si su estilo atributivo es negativo (Del Barrio, 2007). Por otra parte y en relación con la autoestima, Herrero y Musitu (1998) dicen que la autoestima familiar disminuye la presencia de los acontecimientos vitales estresantes porque gran parte de estos se producen en el ámbito familiar y en relaciones próximas y de confianza e indirectamente disminuye el nivel de depresión posterior.

Una de las teorías cognitivas es la de la Depresión por Desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989). Sus autores la consideran un modelo de vulnerabilidad-estrés ya que se estima que algunos sujetos, presentan un factor de vulnerabilidad cognitiva consistente en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo en estado latente se activarán ante la ocurrencia de estresores o acontecimientos vitales negativos e importantes (Abramson y cols., 1989).

Los estilos cognitivos que, según esta teoría conforman dicha vulnerabilidad a la depresión por desesperanza, son: un estilo atribucional depresivo al realizar atribuciones globales y estables sobre los acontecimientos, la tendencia a inferir consecuencias negativas de dichos acontecimientos y por último la tendencia a inferir características negativas personales dada la ocurrencia de los mismos (Abramson y cols., 1989).

En esta misma línea y sobre el estilo cognitivo y la tendencia a inferir características personales negativas en niños y adolescentes escolarizados, Carrasco, Del Barrio y Rodríguez (2000) han encontrado el mismo tipo de distorsión cognitiva. Así el razonamiento contaminado por la emoción, la generalización excesiva y el tremendismo, son los errores más frecuentes en adolescentes españoles que afectan sobre todo a chicas adolescentes (Rodríguez Testal y cols., 2002b).

En la actualidad algunos autores se plantean si el estilo atributivo negativo es causa o consecuencia de la depresión tal y como sugiere Del Barrio (2007). En el primer caso se partiría de una concepción de tipo rasgo, mientras que en el segundo sería de tipo estado. Voelz y cols., (2003) estudiando niños y adolescentes clínicos llegan a la conclusión de que existe la estabilidad en los estilos atributivos. Para Nolen-Hoeksema y cols., (1992) en los adolescentes, el estilo atributivo y los acontecimientos vitales negativos son en conjunto, buenos predictores de la aparición de una depresión.

La percepción de incontrolabilidad o no contingencia que tienen algunos sujetos ante tales acontecimientos, podría evidenciarse en la creencia que éstos sostienen respecto a su falta de control sobre la causa de los mismos (Soria y cols., 2004). En el modelo experimental de la Indefensión Aprendida Seligman (1975), ya postulaba que cuando un sujeto experimenta una situación incontrolable, entendida como la falta de contingencia objetiva entre sus

respuestas y resultados, éste genera una expectativa generalizada de incontrolabilidad sobre los resultados futuros de acontecimientos importantes (Seligman, 1975). Así, esta expectativa de incontrolabilidad era el elemento clave que explicaba las reacciones de indefensión consideradas similares a los síntomas depresivos (Soria y cols., 2004).

Según Stark, Rouse y Livingston (1991), los pensamientos de los niños y adolescentes depresivos son dominados por una percepción negativa de ellos mismos, del mundo y del futuro de la misma manera que ya había anticipado Beck (1976). En el mismo sentido Paykel (1974) indicaba que la unión entre estrés y alteraciones psiquiátricas era más grande cuando el acontecimiento vital se percibía como incontrolable (citado en Moreno, 1992). Haciendo referencia al primer apartado del marco teórico, no debemos olvidar que comúnmente se asocia el estilo de apego con la expresión emocional y la regulación de las emociones. Algunas investigaciones han demostrado que la interpretación de acontecimientos con componentes emocionales se encuentran mediados por el estilo de apego (Niedenthal, Brauer, Robin y Innesker, 2002).

En función de estos antecedentes, las alteraciones cognitivas no sólo alcanzan la atribución sino que pueden alterar la percepción de las cosas hasta alcanzar el grado de distorsión; numerosos trabajos han encontrado este tipo de distorsiones cognitivas en adolescentes (Carrasco, Del Barrio y Rodríguez, 2000).

Parece también que la depresión en adolescentes tiene efectos sobre los procesos cognitivos de otro orden cómo la capacidad de memorización, la focalización de la atención en estímulos negativos y la rumiación de los mismos, con lo que la consolidación del estado depresivo se hace más potente (Park y cols., 2004; Pine y cols., 2004).

En un estudio que examinaba la relación entre el suicidio y la vulnerabilidad cognitiva en jóvenes entre 18 y 19 años, encontraron que los participantes con cogniciones negativas y de desesperanza fueron los más propensos a expresar ideación suicida (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandín, 1997). Todos estos datos parecen apoyar la tesis cognitiva de la prioridad del estilo cognitivo ante el desencadenamiento de una depresión.

### 3.6. Acontecimientos vitales y estilo atributivo.

Como ya hemos mencionado en párrafos anteriores, en la actualidad se ha incrementado el interés en el estudio del estrés debido a que cada vez lo manifiestan más individuos, como padecimiento o bien como detonante de diversas alteraciones. El nivel de estrés causado por un acontecimiento es asignado por cada individuo (Lucio y cols., 2001) y además cada individuo puede padecer una reacción distinta y dispone de estrategias y capacidades diferentes para enfrentarse a los acontecimientos, en definitiva su estilo de afrontamiento.

A este punto referido Del Barrio (2007) define el *afrontamiento* cómo un proceso que un sujeto pone en marcha para hacer frente al estrés empleando una amplia gama de mecanismos psicológicos para reducirlo, dominarlo o anularlo. Una situación es más fácil de superar si el sujeto ha desarrollado unas eficientes habilidades de afrontamiento. El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que le permiten tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por el acontecimiento estresante (Plancherel y Bolognini, 1995).

Los niños deprimidos, con su estilo atributivo característico, creen que los acontecimientos positivos se deben a factores externos, mientras que los negativos ocurren a causa de factores internos; esto, naturalmente les sume en la desesperanza (León y cols.,1980; Seligman y cols.,1984; Seligman y Peterson, 1986; Asarnow y Bates, 1988; Nolen-Hoeksema y cols.,1992). En esta misma línea, se entiende que la habilidad para hacer frente a los acontecimientos negativos está en relación directa con las consecuencias negativas que acarrearán. Si se posee esa capacidad de afrontamiento el impacto del acontecimiento se minimiza, si no, se inflaciona (Del Barrio, 2007).

Tram y Cole (2000), consideran que en los niños el estilo atributivo no está todavía bien constituido y por tanto la relación con la depresión se debe más a las experiencias negativas que precederían al estilo atributivo (Arnold, 1990; Goodyer, 1990). Muchos estudios han encontrado una relación directa entre la existencia de precarias estrategias de afrontamiento y depresión (Kazdin, 1989; Lewinshon y cols., 1994).



Respecto a las estrategias de afrontamiento, la familia que promueve la independencia y no es superprotectora, protege a sus hijos porque les hace aprender a ser más resistentes frente a los acontecimientos vitales y a generar mecanismos de afrontamiento tal y como mantienen Block y Gjerde (1986) citado en Moreno (1992).

El modelo de *afrontamiento* propuesto por Lazarus y Folkman (1986) lo definieron como: *los esfuerzos cognitivos-conductuales continuamente cambiantes que realiza el sujeto para manejar las demandas internas y/o externas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales*. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1994).

En el caso de los adolescentes, cuando estos tienen una autoestima negativa pueden sentirse inferiores, desvalidos y con falta de confianza para enfrentarse a los problemas tal y como mantenía Maslow (1968). Otros autores, posteriormente han hallado relaciones significativas entre baja autoestima y vulnerabilidad (Del Barrio, 2007; Fine y cols., 1993; Seligman y cols., 1984). En el caso contrario, investigaciones indican que aquellos adolescentes con una alta autoestima pueden afrontar significativamente mejor las situaciones estresantes (Abela y Taylor, 2003; Greenberg y cols., 1992). De acuerdo con Díaz y Guerrero (citado en Lucio y cols., 2001), tanto la evaluación de los acontecimientos como el afrontamiento son fenómenos multidimensionales donde hay que tener en cuenta las estrategias, personalidad e historia del individuo.

Como hemos citado anteriormente Lazarus y Folkman (1986), propusieron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema, que modifica la situación problemática para hacerla menos estresante y el focalizado en la emoción que permite reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional (Plancherel y Bolognini, 1995; Folkman y Lazarus, 1985).

En un estudio sobre el desarrollo de la adolescencia y la influencia que tienen en ella el estrés y el afrontamiento, Hoffman, Levi-Shiff y cols., (1992) encontraron que el grupo de más edad explicaron un mayor número de

acontecimientos estresantes y además utilizaba una mayor diversidad de estilos de afrontamiento.

Por otra parte, los sujetos deprimidos tienden a usar un determinado tipo de estrategias de afrontamiento orientadas más bien a la emoción que a la tarea (Endler y Parker, 1990). Este fenómeno, aunque perfectamente coherente, actúa agravando la situación de la persona deprimida ya que la solución de los problemas está ligada preferentemente, a las estrategias orientadas a la tarea (Del Barrio, 1997b) y por consiguiente las que aquellos emplean tienen pocas probabilidades de éxito. No obstante, un agotamiento continuo de los recursos de una persona puede conducir al empleo de cualquier estrategia de afrontamiento disponible, incluso si es ilegal (alcohol y drogas) y/o sabe que es dañino (Alexander y Hadaway, 1982).

En el adolescente las estrategias de afrontamiento parecen ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas que constituyen un estilo estable de afrontamiento y que determina las estrategias situacionales (Frydenberg y Lewis, 1994; Frydenberg, 1997; Donaldson, Prinstein, Danovsky y Spirito, 2000).

Como conclusión, las investigaciones consultadas muestran que el adolescente utiliza una jerarquía de estrategias para enfrentarse a los problemas específicos (Frydenberg y Lewis, 1994) y que con la edad va aumentando su repertorio (Williams y McGillicuddy, 2000).

### **3.7. Acontecimientos vitales y depresión.**

Recordamos de nuevo que la relación entre los acontecimientos vitales negativos y la salud, tanto mental como psíquica, puede remontarse a los trabajos de Cannon, (1929) y Selye (1956).

Se han señalado los acontecimientos vitales negativos como contribuyentes al desarrollo de sintomatología depresiva (Kwon y Oei, 1992). En la actualidad, las investigaciones sobre los acontecimientos vitales estresantes establecen relación entre estos y otras variables como la psicopatología o la problemática en los adolescentes (Roselló y cols., 2004; Lucio y cols., 2001). En esta misma línea recuperamos la relación entre apego

y acontecimientos vitales porque según Bowlby, los patrones de apego pueden cambiar en función de los acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que forman parte de la relación de apego (Valdéz, 2002).

Sabemos que a pesar de que un adolescente que exhibe o expresa conducta suicida no necesariamente está deprimido (Reynolds y Mazza, 1990), algunos estudios han demostrado una fuerte relación entre los acontecimientos vitales negativos, la depresión y la ideación suicida (Roselló y cols., 2004).

La combinación de sucesos vitales normativos en adolescentes, con la ocurrencia de otros sucesos vitales no normativos (separación de los padres, fallecimiento, etc.), pueden representar exigencias adaptativas importantes para algunos adolescentes en diversas áreas y situaciones vitales (Barra y cols. 2005). Estudios anteriores han señalado que los acontecimientos vitales importantes o la acumulación de pequeñas contrariedades, pueden llevar tanto a adultos como a niños a desarrollar una depresión (Billings y Moos, 1984; Brown y cols., 1986; Moreno y cols., 1995) y además los estresores menores o problemas cotidianos pueden tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad, como hemos citado anteriormente, a presentar otros problemas de salud física y mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2001; O'Neil y cols., 2004).

Por otra parte y dependiendo de diversos factores individuales, ambientales y especialmente de la interacción entre ellos, el estrés asociado a los sucesos vitales en la adolescencia y la forma de afrontarlos pueden convertirse en diversos problemas académicos, conductuales y emocionales que han sido ampliamente documentados (Chang, 2001; Hess y Copeland, 2001; Kim y cols., 2003, Suldo y Huebner, 2004). Otra de las hipótesis barajadas argumenta que la depresión puede estar causada por antecedentes de sucesivos acontecimientos vitales negativos, en los cuales se ha puesto de manifiesto un déficit de autocontrol frente a condiciones adversas. Actualmente esta concepción ha sido modificada para poner énfasis en la *atribuciones subjetivas*, es decir, como una persona atribuye causas a los hechos es lo que puede provocar los estados depresivos (Bisquerra y cols., 2000).

Varias investigaciones han asociado los pensamientos disfuncionales y los acontecimientos vitales negativos con la ideación suicida y con la depresión (Adams y Adams, 1993; Philippi y Roselló, 1995). También se ha pensado que la depresión, en una medida considerable, puede depender de una insuficiente regulación de las emociones negativas del sujeto ante acontecimientos estresantes (Tomarken y Keener, 1998). En una de las conclusiones sobre el apoyo social, estrés y depresión, Herrero y Musitu (1998) mantienen, que el nivel previo de ánimo depresivo es el mejor predictor del ánimo depresivo seis meses después, tanto por su efecto directo en la depresión como por su efecto en el aumento del estrés.

Otros autores sugieren que en el desencadenamiento de la depresión, son especialmente importantes aquellos acontecimientos que suponen o una pérdida, tanto de una persona querida como del rendimiento escolar (Monroe y cols., 1999) o de los sentimientos de fracaso que dañan la autoestima (Lewinsohn y cols., 2001). Por otra parte y en la misma línea, Eley y Stevenson (2000) sostienen que las pérdidas, el estrés escolar y los problemas familiares desencadenan más fácilmente depresión en los adolescentes; por el contrario los acontecimientos que implican retos son más proclives a producir ansiedad.

En general, la mayoría de estados depresivos y ansiosos parecen estar propiciados por un acontecimiento vital grave unos meses antes del inicio (Del Barrio, 2007; Brown, 1981), al que posiblemente se pueden sumar otros estresores menores anteriores, cuyo impacto acumulativo aumenta la vulnerabilidad del individuo y disminuye su capacidad de afrontamiento. Esta capacidad bien puede tener su origen en los modelos de apego y la manera como se codifica y se organiza la información acerca de sí mismo (autoestima) de las figuras importantes y de los distintos acontecimientos emocionales (Cook, 2002).

Para Barra y cols., (2005) es posible que la interacción entre las predisposiciones individuales, la acumulación de sucesos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente, no se manifieste solamente en problemas emocionales (ejemplo: depresión) o conductuales (ejemplo: consumo de drogas o conducta antisocial), sino que también puede afectar la

salud física del adolescente (Suldo y Huebner, 2004; Windle y Mason, 2004; Kim y cols., 2003).

Parece evidente que cuanto más violento es el acontecimiento, mayor impacto produce (Sandín y cols., 2002). Estos acontecimientos suelen producir un estrés postraumático (Sandín y cols., 2002) y además, se ha comprobado una fuerte asociación y comorbilidad entre éste y la depresión en la población infantil. En esta misma línea también podemos entender que los individuos expuestos a acontecimientos traumáticos violentos pueden estar expuestos a mayor riesgo de abusar de drogas y de padecer síntomas depresivos (Kilpatrick y cols., 1997). En el caso de los abusos sexuales, estos provocan un estrés que el propio niño/a encubre por miedo. Repetidos abusos se convierten en estresores crónicos en la vida del niño/a con riesgo de alteraciones emocionales como la depresión (Trad, 1988; 1987).

De Wilde, Keinhorst, Diekstra y Wolters (1992) realizaron un estudio comparando adolescentes depresivos que habían intentado suicidarse y adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida, y encontraron que los que habían intentado suicidarse habían experimentado más acontecimientos negativos que los adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida. Para autores como Roselló y cols., (2004) y Philippi y Roselló (1995) la depresión es quizás el predictor más fuerte de la conducta suicida.

Las teorías citadas anteriormente y en particular la de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) y la de Beck (1987) pueden ayudarnos a entender el proceso de ideación y tentativa en los jóvenes con riesgo de conducta suicida.

De esta manera, la aparición de sintomatología depresiva puede relacionarse con el número de acontecimientos negativos vividos. Hammen y cols. (1985) mantienen que, sí a una baja autoestima se suma una experiencia de acontecimientos vitales negativos, se convierte en un buen predictor de sintomatología depresiva. Autores como Abela y Taylor (2003), Sandín y cols., (2002), Wilde (1996) y Fine y cols., (1993) consideran la falta de autoestima como el desencadenante principal de la depresión. Sin embargo, no hay la misma evidencia de que al haber experimentado muchos acontecimientos positivos produzca un descenso de la sintomatología depresiva. El que esta

relación se de exclusivamente con los negativos aparece también en otras investigaciones (Sandberg y cols., 1993) y hace discutible la tesis de que la depresión emerja sin más de la ausencia de refuerzos, al contrario, parece que para ello son necesarias las experiencias negativas efectivas (Del Barrio, 2007). No obstante no debemos olvidar que, un apego inseguro puede contribuir al desarrollo de un trastorno emocional (depresión) aumentando la susceptibilidad al estrés frente a cualquier acontecimiento, al uso cada vez mayor de reguladores externos de afecto y la alteración de búsqueda de ayuda (Maunder y Hunter, 2001).

Clark y cols., (2001) encontraron que los síntomas relacionados con el trastorno por estrés post-traumático estaban asociados a un mayor consumo de drogas controlando por edad, depresión y diagnóstico a lo largo de la vida. Anteriormente, Kessler (1995) y Sims y Sims (1998), ya habían confirmado estos datos. Cheung (1995) encontró que algunos acontecimientos vitales estresantes de la vida, como el divorcio o la muerte de los padres, están relacionados con síntomas depresivos en niños y adolescentes.

Recordamos que la adolescencia puede presentar mayor incidencia de alteraciones y además éstas se concentran en síntomas ansiosos y depresivos (Mestre, 1992). Existen estudios precursores que ya establecían la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y otras variables en esta etapa. Wilde y cols., (1992) investigaron la relación entre los sucesos estresantes y la conducta suicida de niños y adolescentes y encontraron una alta correlación entre ambos. En la misma línea de investigación, Adams y Adams, (1993) encontraron relación entre los acontecimientos vitales estresantes, la depresión y el intento de suicidio y Shafii y Shaffi (1995) mantienen que la mayoría de estudios también muestran que la intensidad, gravedad, duración, cronicidad, recaídas y riesgo de suicidio son significativamente mayores en niños y adolescentes con un diagnóstico comórbido que en niños y adolescentes sin él.

Por último, nos parece fundamental mencionar que la vulnerabilidad que representa una baja autoestima aparece claramente en los estudios de Abela y Taylor (2003), quienes sostienen que una autoestima alta supone un escudo potente ante la depresión en adolescentes y niños como ya hemos citado anteriormente.