

ASPIRACIÓN Y DEPRESIÓN: UN ESTUDIO EN ALUMNOS PRE- UNIVERSITARIOS DE LA UNSAAC*

Gustavo Valdivia Rivera

207

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Una población de estudiantes del Ciclo Básico Universitario, hoy Centro de Estudios Pre Universitario, CEPRU, con un alto nivel de presión personal y familiar enfrenta la problemática de un difícil acceso a la profesionalización en la UNSAAC, debido a las pocas vacantes que oferta. Una cantidad significativa de estos alumnos queda forzosamente frustrada en su aspiración de realización profesional, con un incremento incesante de repitencia y sucesivas experiencias de fracaso.

Como esto afecta las expectativas y los objetivos de los adolescentes, la respuesta depresiva debe ser frecuente. Ignoramos en qué nivel y cómo el adolescente enfrenta tal estado. También desconocemos el impacto en la familia y su reacción, factor diversificador de la respuesta de depresión, morigerándola o acentuándola. A ello se suman las condiciones socioeconómicas insuficientes y el desarraigo por migración característico de la región. Esto repercute en el funcionamiento académico e interpersonal, en el nivel de autoestima y en la expectativa de meta.

La depresión está relacionada a la experiencia concreta de fracaso. Esta situación se agudiza tanto por la presión personal como por la presión familiar, sobre un marco contextual sociocultural –procedencias distintas– y socioeconómico –diversos niveles de riqueza– propios de la región.

El estado depresivo incide en el rendimiento académico y en la motivación, determinando

deserción, fuga o abandono, trastornos psicosomáticos y problemática interpersonal, además de riesgo suicida.

El objetivo central de este trabajo fue:

Determinar la relación entre nivel de depresión y funcionamiento familiar en estudiantes del Ciclo Básico de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco según el género, el área vocacional y la procedencia sociocultural.

II. MARCO TEÓRICO

1. LA DEPRESIÓN

1.1 Síntomas y causas

- La depresión presenta ciertos rasgos distintivos en diferente proporción e intensidad y duración y con predominio de origen genético o ambiental. Es una respuesta biopsicosocial ante riesgo de fracaso o experiencia de pérdida, cuya gravedad se intensifica cuando hay vulnerabilidad biológica.
- En diferentes grados, los síntomas de la depresión son los siguientes (Davison y Neale, 2000; 274-276 / Martin, 1985; 366 y ss).
- Por lo menos los casos más graves de los trastornos afectivos son causados por factores bioquímicos que regulan el tono de humor por un metabolismo alterado de neurotransmisores por exceso o déficit. Y el disturbio tendría origen genético como lo prueban los antecedentes familiares y el estudio con gemelos dicigóticos y homocigóticos.

* Trabajo desarrollado en base de la tesis de maestría: Relación entre niveles de depresión y funcionamiento familiar e estudiantes del Ciclo Básico Universitario de la UNSAAC. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2004.

Síntomas

Físico-biológicos	Palpitaciones, sudoración, cefaleas, sequedad en la boca, gases, indigestión (malestar epigástrico), como manifestaciones de ansiedad; falta de energía. Inapetencia. Insomnio o hipersomnía. Falta de energía, fatigabilidad; disminución de la libido (impotencia, frigidez).
Cognitivos	Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones. Necesidad de expiación. Ideación e intención suicida. Delirio de indignidad y ruina.
Afectivos	Abatimiento y tristeza, llanto inmotivado; desesperanza y pesimismo. <i>Anhedonia</i> (negación de la sensibilidad para el placer y para vivenciar lo agradable y humorístico); disminución de lo atractivo de las experiencias y situaciones. Pérdida de interés: síndrome amotivacional, indiferencia por lo cotidiano; sensación de futilidad, intrascendencia, de deficiencia y vacuidad. Visión pesimista de sucesos y experiencias, acentuación de lo trágico, frustrante y defectuoso. Perspectiva desesperanzada del futuro y del logro de metas. Ansiedad e irritabilidad; baja tolerancia a la frustración. Sentimientos de desdicha y culpa irracionales; minusvaloración.
Conativo - Motrices	Falta de tensión para la acción. Inquietud e inhibición motoras; lentitud, inmovilidad o agitación; fascies fija y melancólica, ausente y lastimosa; entonación monótona.
Sociales	Silencio y soledad. Retraimiento, eludir compañía y reuniones. Resistencia al consuelo, la ayuda y al aliento. Disminución en la capacidad para el trabajo.

Las causas psicológicas son importantes en la depresión reactiva y en su encronización, como respuesta a experiencias y factores emocionales, enraizados desde fases tempranas del desarrollo. Entre estas causas se cuentan:

- a. *Experiencias de pérdida.*
- b. *Crisis por cambio de situación o de edad.*
- c. *Frustraciones, fracasos.*
- d. *Conversión de la ansiedad en depresión.*
- e. *Carencia de motivaciones positivas en la vida.*
- f. *Deficiencia del refuerzo social positivo.*
- g. *Culpa.*

La repetición de estas experiencias, sin procesamiento adecuados o la inserción de un estado depresivo en una personalidad predispuesta puede determinar la encronización de la depresión (Martin, 1985). También hay causales ecológicas, como la contaminación y la densidad poblacional, y sociales: delincuencia, corrupción, desarraigo por migración, desempleo, miseria y la desigualdad y marginación) que generan susceptibilidad en las personas, haciendo un cuadro depresivo.

1.2 Tipos y modelos explicativos de la depresión

- Los trabajos de investigación efectuados por Lachar con la escala **D** del **MMPI**, presentan una intensidad de rasgos y síntomas según intervalos de puntajes que van desde el vigor, entusiasmo y optimismo hasta el más extremo abatimiento y pesimismo; desde las formas razonables de depresión (como la Aflicción o Depresión Reactiva) a las depresiones delirantes (como el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Bipolar), pasando por formas que podrían verse como intermedias en cuanto a su intensidad y estabilidad, desde los Episodios Depresivos a los Trastornos de Humor Persistentes) (CIE 10, 120; DSM-IV, 170).
En la **Personalidad Depresiva** y el **Trastorno Distímico** subyace un tipo temperamental predispuesto; la escala **D** del **MMPI** describe a un individuo serio y huraño, ansioso, preocupado, rígido, sobrio, pesimista; tranquilo y modesto; apático y abúlico, evasivo y convencional, indiferente, silencioso; desconfiado y pesimista (Núñez, 1979).
- El **modelo cognitivo de la Depresión de Beck** considera contenidos de pensamiento

referidos a una visión negativa de sí mismo, considerarse deficiente e inadecuado; una visión negativa del mundo —percepción de privación y derrota en las interacciones con el ambiente— y una visión negativa del futuro, expectativa amenazante y pesimista del porvenir. La persona depresiva atiende de modo selectivo a los sucesos negativos (Beck, A.; 1983). En el **Modelo de Seligman** se considera al *desamparo aprendido* como la creencia de que se haga lo que se haga no habrán efectos positivos; le acompaña el estilo explicativo, forma que elegimos para entender por qué nos suceden las cosas; un *estilo explicativo* optimista bloquea la experiencia de desamparo y un estilo explicativo pesimista permite que dicha experiencia continúe, se amplifique y propague.

2. FAMILIA Y APOYO SOCIAL

2.1 La familia como sistema

- La sociedad y la familia son sistemas con mecanismos homeostáticos y morfostáticos. El *feedback* activa el *regulador* para mantener la homeostasis, mecanismo autocorrectivo que preserva, da seguridad y estabilidad al sistema para su supervivencia dentro del contexto físico y social. En contraste, los mecanismos morfogénicos derivan en modificación y crecimiento, a partir de un aumento de la diferenciación de las partes componentes del sistema, de la cual cada uno puede desarrollar su propia complejidad permaneciendo en relación funcional con la totalidad. Mientras la homeostasis enfatiza la *autocorrección*, la morfogénesis enfatiza la *autodirección*.
- El cambio es el momento en que con mayor claridad puede observarse la necesidad de adaptación. Puede percibirse como amenaza y riesgo, como reto e incentivo o como *oportunidad peligrosa*. Pone en actividad las fuerzas homeostáticas y morfogénicas del sistema, para negar la transformación y volver a una posición anterior o para aceptarla en busca de una nueva estructura.

2.2 El modelo circunplejo de la Familia

- La familia es un sistema que usa procesos de corrección para mantener su organización o equilibrio ante una desviación. La ampliación de la desviación empuja a la familia más allá

del umbral de sus costumbres hasta generar cambios cualitativos.

- Se puede definir al tipo de familia mediante las dimensiones familiares de cohesión y adaptabilidad. La *cohesión familiar* está definida como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí. La *adaptabilidad familiar* se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones en respuesta al estrés situacional (Kaneku, 2002; 25-28). De la combinación de las formas adaptabilidad-cohesión se reconocen dieciséis tipos de familia.

2.3 Apoyo social y bienestar

La red social está constituida por el conjunto de personas que alternan con el individuo, procurándole estabilidad, apoyo y seguridad, el marco social próximo con el cual puede contar como recurso de interacción en situaciones críticas o difíciles. El *apoyo social* actúa eliminando o reduciendo el estresor; elevando la moral y el sentimiento de bienestar; atenuando la experiencia del estrés y el impacto de la depresión, protegiendo autoestima y estabilidad.

El bienestar objetivo o bienestar social, depende de las condiciones de vida (salario, empleo, vivienda). La calidad de vida se refiere al bienestar social de un individuo, un grupo o comunidad. Si mejoran las condiciones de vida, mejora la calidad de vida.

El bienestar subjetivo es una evaluación afectivo-cognitiva de las condiciones de vida actuales, frente a las condiciones de vida ideales. Entre los modelos que lo explican están: el Modelo de la Discrepancia (a menor diferencia entre aspiraciones y logros, mayor bienestar subjetivo) y el Modelo de las Influencias Psicosociales (factores socio-psicológicos que influyen en los sentimientos de bienestar) (López, 44-47; en Hombrados, 1997).

La actitud pesimista u optimista, influye en la salud. Un estilo atribucional positivo y esperanzador es buena medicina. Las personas se deprimen porque magnifican las experiencias negativas, minimizando las positivas (Myers, 1995; 167). Todo ello tiene que ver con el hecho de sentirse satisfechos como seres realizadores de metas, estableciendo un vínculo entre lo que se aspira y lo que se logra, y sus costos dentro del contexto de las percepciones de sí mismo y del mundo.

2.4 El estrés psicosocial e intercultural

De acuerdo con el modelo de amortiguación, el apoyo social puede reducir el impacto del estrés y de la depresión, reforzando la capacidad del individuo para hacerles frente o atenuando la experiencia del estrés una vez que éste se ha puesto en marcha.

Junto a ello, algunos rasgos de personalidad potencian la salud, y otros la enfermedad. Son menos saludables las personas que ante situaciones perturbadoras usan estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción (fantasía, culpa, escape, aislamiento, descarga emocional), más que en la situación (acciones planificadas en situaciones potencialmente controlables y tendencias a llevar a cabo mayor número de acciones para aliviar síntomas).

El proceso de adaptación a una nueva cultura es estresante de por sí, dificultándose en función de la sociedad receptora (San Martín; Hombrados, 1997; 322). La inclusión a la nueva cultura genera estrés por el nuevo ambiente físico y social; sentimientos de pérdida; sentimientos de impotencia y confusión; formas de compensación a la intolerancia intercultural y al prejuicio y discriminación de los residentes hacia los forasteros.

La investigación indica que el proceso de ajuste a la nueva cultura no es lineal, sigue más bien un diseño curvilíneo en forma de *U*, con fases de fascinación, frustración y ajuste bicultural.

3. ADOLESCENCIA Y VOCACIÓN: LAS ASPIRACIONES Y EL PROCESO DE REALIZACIÓN DE OBJETIVOS

3.1 Motivación y expectativas

Las metas se relacionan con la motivación *procesos internos que activan, guían y mantienen una conducta* (Baron, 1996; 395), en función de aprendizajes adquiridos para satisfacer necesidades en un determinado contexto.

Las teorías de la motivación tratan aspectos complementarios: el reforzamiento y las anticipaciones del efecto de la conducta (Teoría Neoconductista); la jerarquía de necesidades y la presión por satisfacerlas de acuerdo a un código de valores (Teoría Humanística); el orgullo o la vergüenza que se derivan del éxito y el fracaso (Teoría de la Motivación de Logro); la percepción, interna o externa, de las causas del éxito (Teoría de la Atribución); la condición activo-epistémica en situaciones desafiantes que llevan a competencia y a autodeterminación (Teoría de la Motivación Intrínseca), y el esfuerzo según la evaluación del uso de recursos

y estrategias para ejecutar tareas con éxito, desestimándolas si consideran no poder lograrlas (Modelo de Expectativa por Valor). La autoestima es un factor de relieve en el desempeño por estar relacionada con la identidad (Martín Covington; Good, Th. y Brophy, J. 1997).

“Nuestras expectativas determinan la conducta específica que utilizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo” (Klein, 1997; 310), pero también para resistir castigos o rechazar recompensas, según dicha orientación. No respondemos mecánicamente, jugamos un rol activo y directivo en nuestro comportamiento. Un embudo perceptual filtra las experiencias acomodando la información nueva en una red organizada de datos. *Una vez que se ha interpretado y ponderado cada fragmento de la información, entonces usará su álgebra mental para integrar las diferentes partes”* (Myers, 1995; 78).

3.2 La vocación

El aspecto fundamental en donde se ponen de manifiesto las metas y las expectativas en el adolescente es el proyecto vocacional. Gracias al desarrollo de su pensamiento está en condiciones de establecer relaciones entre la realidad y la posibilidad, proyectándose hacia el futuro en términos cada vez más amplios a la vez que realistas y sensatos.

Super (Horrocks, 1984; 437-438) afirmaba que se elige la ocupación que permita el mayor campo para la expresión de sí mismo; en la decisión, las condiciones ambientales operan como limitadores o facilitadores. La satisfacción se alcanza cuando en la ocupación se igualan el interés y la habilidad, igualación que requiere un ajuste en el concepto de sí mismo. La etapa vocacional que corresponde a la adolescencia tardía es la de especificación de preferencias: reducción de las opciones, primeros pasos para lograr entrar en una ocupación.

El proyecto vocacional se convertirá en un gran regulador de comportamiento, pues implica organizar esfuerzos hacia una meta de largo alcance y de alta significatividad, motivo por el cual representa uno de los focos centrales de interés del cual se derivarán satisfacciones o no y en concordancia con ello la posibilidad de sufrir depresiones.

4. ADOLESCENCIA, ASPIRACIÓN Y DEPRESIÓN

4.1 Depresión y pertenencia a Grupo Etéreo: enfoque evolutivo de la depresión

Los adolescentes experimentan estrés, confusión, dudas, presión para lograr éxito,

inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. El divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras comunidades, pueden perturbarlos más. Los síntomas en las conductas de los niños y adolescentes, según su edad son los siguientes.

La enfermedad crea una súbita tendencia a la conducta atolondrada. Pueden integrarse a una *banda*, conducir atropelladamente o hundirse en el mundo de las drogas; hay jóvenes depresivos que buscan la muerte. La conducta imprudente, que incluye riesgos mortales, puede ser expresión de tal deseo.

El suicidio en el adolescente

El suicidio es la causa principal de muerte entre universitarios, excedido sólo por la muerte accidental. Beachler describe varios significados posibles para la ideación y la intención suicida.

- La huida de una situación dolorosa o estresante.
- El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante.
- El castigo; el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria o mitigar la culpa.
- La venganza, cuando se atenta contra la vida para provocar remordimiento.
- La llamada de atención y el chantaje, cuando el intento suicida intenta ejercer presión sobre otro.
- El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor, morir por una causa.
- Las necesidades psicológicas frustradas, tales como seguridad, confianza y logros.
- La falta de opciones o de percepción de opciones.
- Autoevaluación negativa, culpa, humillación, impotencia, desesperación y desamparo.

III. METODOLOGÍA

Las hipótesis contrastadas fueron:

General

Existe relación entre depresión, cohesión y adaptabilidad en el funcionamiento familiar en estudiantes del Ciclo Básico de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Específicas

- Existen diferencias entre grupos de género, respecto de la depresión en alumnos del CBU.

- Existen diferencias según el número de intentos para ingresar a la Universidad, respecto de la depresión en los alumnos del CBU.
- Existen diferencias en la comparación de la procedencia sociocultural y el grado de aproximación a metas respecto de las dimensiones de cohesión y funcionamiento familiar en los alumnos preuniversitarios de la UNSAAC:

El diseño de investigación fue descriptivo-correlacional, en una muestra de 300 alumnos: 137 varones y 163 mujeres de las Áreas **B** (Ciencias Biológicas) y **D** (Ciencias Sociales) del Semestre 2004-I, del Ciclo Básico Universitario de la UNSAAC, sobre una población de 1200 alumnos y estableciendo la muestra en base al uso de la tabla de Fisher-Arkin-Colton.

Se aplicaron los instrumentos siguientes:

- El Inventario de Beck, escala BDI de 21 ítems; cada cual con 4 alternativas de respuesta. Su objetivo es identificar niveles de depresión: 0-10, normal; 11-20 depresión borderline o limítrofe; 21 - 30, depresión leve o moderada; 31-40, depresión intensa; 41 a más, depresión severa con conducta de alto riesgo.
- Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar-FACES III. Consta de 20 ítems. Mide las dimensiones de adaptabilidad (balance dinámico entre constancia y cambio) y entre amalgamado y disgregado (dimensión de cohesión). Mide la Percepción Real de la Familia y la Percepción Ideal de la familia, con 10 ítems para cada tipo de percepción. Ambas pruebas descritas presentan criterios de fiabilidad y validez satisfactorios.
- Cuestionario de Características de los Alumnos CBU; 20 ítems relacionados con la edad y género. Procedencia Sociocultural Procedencia Escolar. Área Vocacional Elegida. Experiencia Académica en el CBU. Expectativas de Acceso a la Universidad.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La depresión es una respuesta ante el cambio, ante el riesgo de fracaso o experiencia de pérdida que afecta la unidad biopsicosocial del ser humano. Entre los factores psicosociales que la influyen está el funcionamiento familiar.

La investigación efectuada muestra que existe una correlación baja negativa entre

depresión y las dimensiones del funcionamiento familiar, la cohesión y la adaptación; por tanto, a menor adaptación y cohesión, mayor depresión. Se ha encontrado investigaciones que miden estos parámetros; las hay que establecen relaciones entre el funcionamiento familiar con la violencia (González, 1992) y con problemas de conducta (Kaneku, 2002), lo cual haría pensar que existen relaciones entre el funcionamiento familiar y algunas manifestaciones psicopatológicas.

Esta condición deriva del hecho de que la familia es un factor de apoyo social capaz de modificar la respuesta ante estímulos depresores. De acuerdo con el modelo de amortiguación, el apoyo social actúa protegiendo al individuo y favoreciendo su adaptación, reduciendo el impacto del estrés y de la depresión y reforzando la capacidad del individuo para hacerles frente (Hombrados, 1997).

La prevalencia de la depresión en la población estudiantil del Ciclo Básico Universitario es de un 7% lo cual coincide con resultados obtenidos en algunas investigaciones (México: 11.8% con un punto de corte 14; Venezuela; etc.); aunque por otras, se sabe que este resultado puede alcanzar a 20 y hasta 33% (Beck y Beck) pareciéndose cada vez más a las cifras propias de los adultos. Estas variaciones podrían deberse a las realidades socioculturales tanto como al tema de estudio específico; es decir, al contexto de experiencias concretas que viven los individuos en investigación. También puede ser que la respuesta dominante para este y otros casos no sea la depresión, sino la ansiedad.

En alguno de los estudios anteriormente señalados, la comparación estadística t de Student no arrojó diferencias significativas entre grupos de pertenencia por género ($\text{sig} = 0.40$), pero la mayoría de las investigaciones informan mayor presencia de depresión en mujeres que en hombres (Beck et al, 1988), sin alcanzar significancia estadística. La diferencia inter género en nuestra investigación, sí es significativa ($t=2.34 \leq 0.19$). Puede ser que también haya propensión del varón a enmascarar o disimular la depresión, quizá con un criterio de deseabilidad social de la imagen masculina o que se manifiesten modos poco reconocibles.

En referencia a la relación entre depresión y área vocacional, en nuestro estudio no hay diferencia significativas en los grupos **B** carreras relacionadas con las Ciencias Naturales y **D** con carreras de Ciencias Sociales ($\text{Sig} = .82$). Dato que también coincide con otras investigaciones

aplicadas en diferentes lugares e informan no haber diferencias en la prevalencia entre los sujetos de las distintas carreras universitarias (Ortega-Soto HA; 1995).

Los resultados hacen ver que los alumnos difieren en cuanto a depresión si se les compara en referencia a la percepción de aproximación a meta (ingreso a la universidad) y que esas diferencias son significativas (.26). Del mismo modo, hay significación entre la depresión y el número de intentos para ingresar (.001), de modo que a mayor cantidad de postulaciones para acceder a la universidad, mayor depresión. Lo mismo ocurre en lo que se refiere a la percepción del grado de mejoramiento en el rendimiento en el proceso de acceder a la Universidad (.000).

También el funcionamiento familiar es afectado por el número de intentos o ensayos para ingresar; mas no por los otros indicadores, lo que puede verse como que para la familia son los resultados concretos de ingreso los que importan; la mejoría es de interés para los alumnos, mas no para los padres de familia.

Estas concordancias de la aproximación a la meta dan a entender que este factor tiene mayor presencia o claridad en la depresión. Mientras que los indicadores identitarios son menos, estables o más complejos o menos evidentes.

En los estudiantes es significativo el idioma pero no por sí, sino como indicador de pertenencia cultural o procedencia rural. Y algo equivalente ocurre con el funcionamiento familiar, tanto en su dimensión de cohesión que se refiere al vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, como en su dimensión de adaptación que se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de la relaciones en respuesta al estrés situacional y el cambio (Kaneku, 2002). Varias investigaciones sobre identidad cultural dicen que el idioma es el principal rasgo de adhesión étnica. Si influye en la depresión debe ser porque la lengua se conecta de un modo más inmediato con la membresía cultural y de procedencia sociogeográfica. No es raro que la gente de la ciudad hostilice al migrante cuando descubre su origen, lo cual habitualmente ocurre cuando incurre en incorrecciones idiomáticas por interferencia de lenguas (Guanipa, C. y Guanipa, J.A; 1998).

En general, se encuentra que los grados de bilingüización y ruralización presentan importantes diferencias en relación a la

depresión. Las diferencias en los resultados obtenidos respecto de la variable sociocultural, pueden deberse a personas que se encuentran en diferentes momentos del proceso adaptativo a la nueva cultura y sigue un diseño curvilíneo (en *U*), pues no todos llegarían al mismo ritmo y en la misma medida a una plena fase de biculturalismo o de aceptación o asimilación de las normas y reglas que rigen la vida urbana. Lo cual a su vez tendría que ver con las características próximas o distantes entre la sociedad de origen y la sociedad receptora y el modo cómo los residentes reciben a sus *huéspedes* migrantes (Hombrados, 1997).

Además de estas contradicciones y conflictos está el hecho de provenir de ambientes familiares ya depresivos, pues según los estudios hechos en migrantes de áreas marginales urbanas, presentarían este rasgo además de una disposición pasivo-dependiente, y sentimientos de inferioridad y baja estima de sí mismos (Germani, 1977).

En los adolescentes de culturas nativas, la posibilidad de obtener resultados positivos podría ser afectada tanto por su realidad socioeconómica y sociocultural como por los efectos psicosociales que de allí se derivan: prejuicio, discriminación, pérdida de personas significativas, percepción incoherente en los mensajes recibidos, marginación institucional, sentimientos de inadecuación personal, etc. (Guanipa, C. y Guanipa, J. A). En general, es la consecuencia del gran luto o duelo masivo de la pérdida de todos sus roles, ya que la nueva realidad destruye más de un parámetro de su identidad.

Depresión y funcionamiento familiar se integran para influir en el bienestar subjetivo del alumno, posicionado entre su vida actual y lo que juzga como condiciones de vida ideales, y en referencia a las situaciones concretas que favorecen o no la transformación de la una en la otra. Para explicar estos hechos se integran bien el Modelo de la Discrepancia (a menor diferencia entre aspiraciones y logros, mayor bienestar subjetivo) y el Modelo de las Influencias Psicosociales (factores socio-psicológicos que influyen en los sentimientos de bienestar) (Hombrados, 1997).

Más fuerza o uniformidad parecen tener los hechos concretos del proceso de estudio en sí en referencia con la meta vocacional. La amenaza que se cierne sobre el adolescente en condición de preuniversitario es de perder un bien estimable propio de su edad: un proyecto vocacional y sus repercusiones en la identidad y la autoestima (McKinney, et. al., 1982).

Por tanto, la depresión en los alumnos preuniversitarios tendría varios factores interactuantes: la crisis de cambio de roles propia de la edad en relación con la identidad y la autonomía y los riesgos implicados en la realización de su vocación, a lo cual se añade el cambio por desarraigo en el caso de los estudiantes procedentes de fuera de la ciudad.

En esta lógica de reflexión diríamos que esta complejidad de factores contingentes al fracaso incidiría en el modo de funcionar de la *triada cognitiva depresiva* (Beck, 2000) del adolescente:

- a. Visión de sí auto devaluatoria, en tanto que experimenta impotencia para ingresar a la universidad.
- b. Visión de mundo amenazante, puesto que la institución no permite mayores posibilidades de éxito, a lo que se podría añadir la crítica adversa de los familiares y otras personas;
- c. Visión pesimista del futuro, que estabiliza las expectativas negativas de nuevos fracasos, lo cual podría derivar en desesperanza, puesto que los intentos de autocorrección no se producen o resultan infructuosos; considérese al respecto, la insistencia en postular tras repetidos fracasos.

El hecho de que la cohesión y la adaptación en el funcionamiento familiar estén disminuidas, reduce el apoyo emocional e instrumental pues las capacidades para enfrentar el cambio y el fracaso no son óptimas, dentro de un contexto de edad, en que además el adolescente emprende una retirada del seno familiar, puesto que está en la mira de la búsqueda de autonomía y el surgimiento de nuevas condiciones de experiencia.

Aunque el adolescente CBU ha puesto en movimiento mecanismos morfogenéticos en busca de la evolución, del desarrollo, las condiciones socioeconómicas, socioculturales y psicosociales, lo mantienen en una retroacción negativa u homeostática respecto de sus objetivos, hecho que se reproduce psíquicamente en forma de depresión, puesto que no se avanza en dirección de la aspiración con riesgo de salir fuera de la misma tras otras metas.

Podría afirmarse que las posibilidades de autocorrección no contribuyen con la autodirección (retroacción positiva de viabilización del cambio), produciendo una especie de estancamiento en las expectativas y aspiraciones conductoras del proceso de desarrollo psicosocial (Bateson, 1998; Hoffman, 1992).

CONCLUSIONES

1. Existe una relación inversa entre depresión y las dimensiones de cohesión y aplicación del funcionamiento familiar en los alumnos pre-universitarios del Ciclo Básico Universitario.
2. La prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en varones.
3. No existe diferencia en la prevalencia de depresión según área vocacional.
4. Hay diferencias entre los alumnos respecto a la depresión, según la percepción de aproximación a meta de ingreso a la universidad.
5. No hay uniformidad en las diferencias entre los alumnos en la depresión, respecto de los indicadores socioculturales, tanto como entre estos y el funcionamiento familiar; las variaciones se producen según la generación –padres o hijos–, la localización –urbana o rural– y el idioma, quechua o castellano.

BIBLIOGRAFÍA

BARON, R.

1996. *Psicología*. México, Ed. Prentice Hall.

BATESON, G.

1998. *Hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria hacia la comprensión del Hombre*. Buenos Aires, Lohlé Lumen.

BECK, A.

1983. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, Desclée de Brouwer S.A.

BECK, J.

2000. *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona, Gedisa.

BELLOCH, A; SAMDIN, B. y RAMOS F.

1997. *Manual de Psicopatología*. Madrid, McGraw Hill. T. 2

BERK, L. E.

1999. *Desarrollo del Niño y el Adolescente*. Madrid, Ed. Prentice Hall.

DAVISON, G. y NEALE, J.

2000. *Psicología de la Conducta Anormal*. México, Ed. Limusa Wiley

GERMANI, G.

1997. *Los Efectos de la Pobreza en los Niños de Poblaciones Marginales*. Lima, INIDE.

GOOD, Th. y BROPHY, J.

1996. *Psicología Educativa Contemporánea*. México, Ed. McGraw Hill.

GUANIPA, C. y GUANIPA, J.

1998. "Identidad y los adolescentes".
On Line. Edweb.Sd.Su.edu/people / CGuanipa /
etnica, htm. [1998, septiembre, 17]

HOFFMAN, L.

1987. *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México, Fondo de Cultura Económica.

HOMBRADOS, M.I.

1997. *Estrés y Salud*. Valencia, Promolibro.

HORROCKS, J.

1984. *Psicología de la Adolescencia*. México, Trillas.

KANEKU, R.

2002. "Relación entre problemas de conducta y el funcionamiento familiar en hijos de Dekaseghi entre

9 a 17 años de Edad". Lima, Perú. UPCH. Tesis para Licenciatura en Psicología.

KLEIN, S.

1997. *Aprendizaje. Principios y Aplicaciones*. Madrid, Ed. McGraw Hill.

LEWITH, G.

2003. *La Salud y la Mente II: Depresión y Ansiedad*. Barcelona, Plaza Janés.

LLOR, B., ABAD, M. et al.

1998. *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Madrid, McGraw Hill.

MARTIN B.

1995. *Psicología Anormal: Enfoques Científicos y Clínicos*. México, McGraw Hill.

MCKINNEY, J. P., FITZGERALD, H.E. y STROMMEN, E.A.

1982. *Psicología del Desarrollo: Edad Adolescente*. México, Manual Moderno.

NÚÑEZ, R.

1979. *Aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) a la Psicopatología*. México, Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud

1992. *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, Meditor.

PANCHERI, A. P.

1979. *Manual de Psiquiatría Clínica*. México, Ed. Trillas.

PICHOT, P, Coordinador

1995. *DSM-IV Breviario de Criterios Diagnósticos*. Barcelona, Masson S.A.

WICKS-NELSON, R. e ISRAEL, A.

1997. *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Madrid, Ed. Prentice Hall.

VALDIVIA RIVERA, G.

2004. "Relación entre Niveles de Depresión y Funcionamiento Familiar en Estudiantes del Ciclo Básico Universitario de la UNSAAC. UPCH". Tesis para Maestría. Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.