

~~881825~~
881825
1
1 ej



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

(Incorporada a la UNAM)

PLANTEL ~~LOMAS VERDES~~
LOMAS VERDES.

INTENTO DE VALIDACION CLINICA DE UNA ESCALA
PARA CUANTIFICAR GRADOS DE IDENTIDAD DEL YO

T E S I S

que para obtener el grado de
LIC. EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a n

Norma Alicia Orizaga Vázquez del Mercado
Agustín Octavio Aguirre Colorado García

Director de Tesis: Dr. Héctor A. Ortega Soto



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | Página |
|---|--------|
| INTRODUCCION | |
| JUSTIFICACION | 2 |
| CAPITULO I | |
| ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO | 5 |
| CAPITULO II | |
| METODOLOGIA | 18 |
| PROBLEMA | 19 |
| OBJETIVOS E HIPOTESIS | 20 |
| Objetivo General, Objetivos Específicos, Hipótesis | |
| DEFINICION DE TERMINOS | 21 |
| Definiciones Teóricas | 21 |
| Adolescencia, Confusión de la identidad del yo, Edad Cronológica | |
| Definiciones Operacionales | 21 |
| Adolescencia, Confusión del yo, Definición de población. | |
| MUESTREO | 22 |
| DEFINICION DEL INSTRUMENTO | 22 |
| Crisis del primer estadio, Derivativos I, II y III, reactivos; Crisis del segundo estadio, Deri vativos I, II y III, Reactivos; Crisis del tercer estadio, Derivativos I, II y III, Reactivos; Cri sis del cuarto estadio, Derivativos I, II, III, Reactivos; Crisis del quinto estadio, Derivativos I, II y III, Reactivos; Crisis del sexto estadio, Derivativo. | |
| METODO | 33 |
| ESTRATEGIA DE ANALISIS ESTADISTICO | 35 |
| CAPITULO II | |
| RESULTADOS | 37 |
| Tablas | |
| CAPITULO IV | |
| DISCUSION | 64 |
| ANEXOS: | |
| (Versión final de la traducción al castellano de la Escala de Identidad del Yo de Rasmussen). (Anexo 1). | |
| Carta de consentimiento. (Anexo 2). | |
| Tabla. (Anexo 3). | |
| Referencias. | |

INTRODUCCION

En años recientes ha crecido importantemente el interés acerca del desarrollo sano de la personalidad y, por tanto, de lo que se ha llamado "identidad del yo". Para Erikson (1) la personalidad adulta sana se conforma sobre la solución exitosa de 8 crisis, cada una de las cuales corresponde a una etapa del desarrollo; ya que, a su manera de ver, los cambios radicales son necesarios para culminar cada paso sucesivo. En este esquema, la adolescencia constituye la quinta crisis y es considerada una fase caracterizada por una fluctuación en la fuerza del yo, así como por un elevado potencial de crecimiento (1).

Por tanto, puede decirse que todo adolescente pasa por un período de confusión en la "identidad del yo", aunque no todos con la misma intensidad; esta confusión se da en un yo ordenador que sufre cambios en su fuerza. Inicialmente, la confusión se manifiesta por una difusión en la laboriosidad, problemas con respecto a la propia imagen corporal, una difusión de la perspectiva del tiempo, etc.; ésto puede ocasionar al adolescente problemas para ubicarse adecuadamente en su entorno social, llegando muchas veces a la delincuencia.

En contraste, el sentimiento de identidad óptimo se experimenta como un sentimiento de bienestar psicosocial cuyos concomitantes más obvios son: un sentimiento de estar cómodo en su propio cuerpo, un sentimiento de "saber a donde va uno" y una seguridad interior del reconocimiento anticipado de aquellos seres significativos para uno (2).

JUSTIFICACION

Dado que la adolescencia es un período crítico fundamental en el desarrollo de la personalidad, es importante contar con el mayor número de elementos posibles que arrojen luz sobre esta problemática. Así, el tener escalas que permitan delimitar y evaluar características propias de esta etapa es una necesidad innegable.

La llamada "identidad del yo" puede ser una variable importante para la manera en que el adolescente resolverá su crisis de identidad. Demostrar que esto es cierto requiere, como uno de los primeros pasos, diseñar un instrumento que permita cuantificar el grado de confusión del yo que presenta un individuo en un momento dado.

Contamos en este momento, con la escala de la "identidad del yo" elaborada por Rasmussen (3) que el autor construyó tomando, de la literatura de Erikson, los criterios de salud y enfermedad para cada uno de los estadios del desarrollo de la personalidad.

Esta escala, que consta de 72 reactivos que pueden responderse en acuerdo o desacuerdo, ha mostrado tener un índice de confiabilidad bastante aceptable. El instrumento ha sido validado de manera concurrente con otras escalas (24, 25, 26); sin embargo, nunca se ha explorado si los resultados de la escala se correlacionan con las observaciones realizadas por los clínicos durante una entrevista.

Así, una escala como ésta podría ser un instrumento sumamente útil en el terreno clínico ya que permitiría obtener una idea del grado de confusión de un sujeto de mane-

ra rápida y relativamente sencilla, facilitando no sólo la evaluación del estado inicial sino el progreso en la maduración de los adolescentes, tanto normales como bajo un programa terapéutico.

En este sentido es que decidimos realizar un estudio de validación tomando como "criterio de oro" el juicio clínico de expertos en el manejo psicológico de adolescentes.

Como resultará evidente a lo largo de este documento, para lograr nuestro objetivo final debieron realizarse pasos previos fundamentales, tales como la traducción y reproducción de la escala, un análisis de la consistencia interna del instrumento y la comparación entre grupos etarios y diagnósticos.

Estamos ciertos de que este trabajo es una primera aproximación al problema y como tal enfrentó ciertas dificultades que, aunque por un lado nos cuestionan nuestros resultados, por otro lado nos señalan los puntos sobre los cuales debe trabajarse arduamente.

CAPITULO I

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

Se torna importante el estudio de la adolescencia, ya que representa una etapa crítica, pero fundamental, en la vida de un individuo. Si bien en los últimos años se ha dado mayor atención al sentido crítico de esta etapa, en la historia del estudio y análisis sobre la adolescencia los términos "identidad" y "adolescencia" implícita o explícitamente han estado siempre juntos.

Sería imposible, dada la gran cantidad de trabajos que analizan el tema de la adolescencia, citar a todos los autores que la han estudiado, por lo que nos limitaremos a presentar una idea general de lo que se entiende por adolescencia haciendo énfasis de aquellos puntos que a nuestro juicio son los más relevantes para este trabajo, nos referiremos después al concepto de identidad.

Uno de los trabajos más amplios sobre adolescencia es el realizado por Gesell (4), en el que afirma que la adolescencia es el período más difícil en la vida, tanto para los padres como para los hijos.

Para este autor, el problema principal es que la madurez sexual, la madurez anímica y la madurez social no se alcanzan coincidentemente. Esto es, a la madurez biológica que involucra la iniciación de la vida sexual se contraponen los valores sociales y, además, el proceso que desemboca en la madurez anímica se inicia más tardíamente que el sexual (4).

Es en esta revolución psicológica, biológica y so-

cial en la que se pierde el cuerpo infantil y los objetos originales de amor son relegados tras la búsqueda y adquisición de otros nuevos. Blos (5), refiere que esta búsqueda de relaciones objetales asume el hallazgo de un objeto heterosexual y hace posible el abandono de posiciones bisexuales y narcisistas. Así, puede hablarse de una afirmación gradual del impulso sexual adecuado; impulso que gana ascendencia produciendo una angustia conflictiva en el yo. Por tanto, los mecanismos defensivos y adaptativos en toda su compleja variedad pasan a primer plano. Estas características se refieren a una de las 5 etapas de la adolescencia descritas por Blos y esta es la adolescencia propiamente dicha.

Por otro lado, las investigaciones realizadas con adolescentes en Samoa por Margaret Mead (6), concluyen que la adolescencia conflictiva es producto de la civilización ya que en Samoa la situación es muy distinta. Los niños llegan a su capacidad reproductora sin mayores trastornos psicológicos y sociales afirmando que es un paso "indoloro". Esto se explica porque los samoanos carecen de sentimientos profundos hacia otras personas. Además, las alternativas que se les presentan a los samoanos son escasas, ya que es una sociedad casi estática donde las opciones son pocas en contraste con las sociedades occidentales.

Siguiendo el mismo enfoque social, existen autores que dan sus puntos de vista sobre la adolescencia en sociedades como la nuestra, entre ellos están Olmedo y Olmedo (7) que afirman que la adolescencia no es sólo una etapa de la

evolución biológica; por ejemplo, en la década de los 70's se alcanzaba legalmente la mayoría de edad a los 21 años, ahora se ve reducida a los 18 sin que ello implique un cambio en la evolución biológica de los, hasta entonces, menores de edad. Cuando el estado manipula así la adolescencia, está ejerciendo una forma de dominación; así pues, la adolescencia es también una forma de dominación y no sólo una etapa de la evolución biológica y cronológica de la persona. Cada institución produce adolescencia de muchas maneras, por ejemplo, la familia, bajo la forma de amor filial, de diversas formas de represión de la conducta, de otorgamiento de castigos y recompensas, de derechos y deberes, de libertades y prohibiciones, mediante la proyección e introyección de valores, gustos visuales y auditivos, etc. Esto nos puede dar una idea de la complejidad de la génesis de la adolescencia.

Así, pues, una persona no es tan sólo un adolescente porque posea las características biológicas con las cuales se asocia la adolescencia, sino que también se convierte en adolescente porque participa en la relación adolescencia-estado (estado bajo la forma de adolescencia) y, por su nueva posición en la relación de fuerzas en cada una de las interacciones sociales que conforman la condición social y estatal del adolescente (7).

En esta misma dirección tenemos a un autor que nos da su punto de vista acerca de la adolescencia, pero no la estudia desde el punto de vista de un grupo de edad determinada, que sólo por ese hecho asume actitudes específicas frente

a la sociedad, sino lo hace desde el punto de vista de las clases sociales a las que pertenecen esos grupos de edad en la sociedad mexicana. Labra (8), refiere que el adolescente de la clase trabajadora se enfrenta, como el resto de los mexicanos que comparten esa condición, a una sociedad que les resulta desfavorable. Por el contrario, los adolescentes y en general los mexicanos vinculados a otros sectores privilegiados minoritarios, encuentran una gratificación sensiblemente mayor dentro de la sociedad en que vivimos.

El adolescente penetra, o no, al mercado laboral preferentemente en base a su condición de clase; el miembro de la clase trabajadora debe de abandonar la escuela, percibir ingresos castigados, contribuir a saturar la demanda de empleo. Siendo el adolescente de la clase trabajadora, un complemento laboral que contribuye al ingreso familiar y que tiene compromisos que, en contraste con el adolescente de otras clases sociales, lo impulsan a cursar las fases del desarrollo físico y mental más aceleradamente, y por tanto, llegar a una edad adulta más temprana.

Como consecuencia de pertenecer a la clase media alta, el adolescente puede permanecer en el sistema educativo más tiempo y, al egresar, competir en un mercado laboral de ingresos reales más satisfactorios (8).

Por otro lado, desde los encuentros más tempranos el infante se enfrenta a las normas de su cultura, condición que persiste a lo largo de la vida del individuo.

Tocando el punto de vista de la cultura, Moreno

(9) plantea algunas aseveraciones en torno a dos variables que forman parte de la relatividad cultural de la adolescencia; estas variables las designa como intensidad la primera y duración la otra.

En las sociedades de mayor desarrollo económico o en algunos grupos de mayores ingresos, se presenta una prolongación de la adolescencia producida, particularmente, por la permanencia en la escuela. En grupos humanos de actividades económicas sencillas la adolescencia abarca un período más corto, mientras que en sociedades urbanas la etapa se extiende por varios años. Más aún, se atribuye tal dilación de la vida escolar al intento de evitar la incorporación temprana de los adolescentes al mercado laboral.

En lo educativo, la adolescencia se prolonga cada vez más en las sociedades de nuestra tradición cultural. A mayor complejidad y riqueza de la vida intelectual, corresponde mayor duración del período formativo, en este caso de la adolescencia (9).

La adolescencia surge de una manera vistosa, conspicua y ruidosa, y el adolescente tiene la enorme necesidad de llegar a la madurez y entablar relaciones firmes y duraderas.

Hasta aquí podemos resumir, que la adolescencia es una evolución biológica, en la cual las clases sociales y la cultura juegan un papel importante. También puede decirse que la adolescencia es el resultado de las contradicciones entre lo biológico y nuestra sociedad. Por lo tanto nos encontramos con dos posturas: unas que hacen hincapié en lo psi

cológico y otros que lo hacen desde un punto de vista social - cultural.

Así pues, el punto crítico parece centrarse en la dicotomía individuo-sociedad. Esto es, el adolescente vive problemas sociales y problemas individuales simultáneamente y a veces, éstos se confunden.

La identidad en la adolescencia, por lo tanto, es una expresión de la contradicción: "condición de ser el mismo dejando de serlo".

Las contradicciones entre los autores, son en esencia las mismas contradicciones que presenta el adolescente, y en términos generales podríamos plantearlas de la siguiente manera: por una parte un cambio social, esto es, cambiar y diferenciarse siendo el mismo; y por otro lado lo psicológico que sería la relación con el otro, semejante a la vez que diferente de uno. La identidad consigo mismo (individual) está asentada en la identidad con el otro (identidad social).

Si bien la teoría sobre la identidad es un campo casi exclusivo del movimiento psicoanalítico, en Freud no aparece ninguna doctrina sistemática.

M. Debesse (10) en 1936, distingue una noción de crisis en el adolescente a la que él le denomina "crisis de originalidad juvenil", en la que todo adolescente tiene el deseo de ser original y de vivir como un ser de excepción; deseo cuya aparición es contemporáneo de fenómenos puberales. La crisis representa un doble aspecto: el individual (el adolescente cultiva la originalidad en la vestimenta, lenguaje,

comportamiento, etc.) y el social (la rebelión adolescente con respecto a los adultos y su sistema de valores).

La crisis de originalidad juvenil representa la constitución de una identidad juvenil y no un proceso patológico. Esta crisis depende estrechamente de las condiciones socioculturales de los sujetos (10).

Posteriormente, E. Erikson (11) propone, bajo un ángulo psicosocial, el concepto de crisis de identidad en la adolescencia. Erikson considera a la adolescencia como la última etapa de la infancia, pero que no llega sino hasta que se abandonan las identificaciones infantiles, para así pasar a una nueva clase de identificación. La adolescencia tiene que superar una crisis que provoca confusión o identidad (11).

A partir de las proposiciones de Erikson han aparecido una serie de documentos acerca de la relación adolescencia - identidad.

Drummond (12) estudió el desarrollo de la identidad del yo en los jóvenes de los 80's, y sugiere que la crisis de identidad se resuelve por medio de la reconciliación entre el crecimiento fisiológico y la motivación sexual, con las fuertes demandas culturales. El adolescente busca lineamientos y referencias para poder ubicarse entre la niñez y la edad adulta; pero es el adulto el que provee a los adolescentes estos lineamientos y referencias que, por lo general, suelen ser pobres y débiles.

La crisis de identidad, nos dice Onychalu (13), es

un período que constituye una crisis particularmente intensa y trascendente, en la que se alcanza una identidad del yo a través de superar la confusión. Es el momento en que los valores y principios son reformulados y los individuos experimentan inconformidades y dudas sobre sí mismos.

Sobre la formación de la identidad, Nikolic (14) menciona como característicos los siguientes rasgos:

a) adquisición de la primacía genital;

b) capacidad para cambios objetales;

c) constitución del sí mismo;

y afirma que la patología de algunos adultos en el proceso de identidad está dada por la prolongación de la adolescencia. Mientras Jacobson (15) afirma que, la formación de la identidad es un proceso que surge de la asimilación de todas las identificaciones fragmentarias de la niñez. El preguntarse acerca de quién realmente se es, es ya una parte importante del proceso de adquisición del sentimiento de identidad. La capacidad de seguir sintiéndose uno mismo en la sucesión de cambios, forma la base de la experiencia emocional de la identidad. Implica mantener la estabilidad en circunstancias diversas a pesar de todas las transformaciones y cambios del vivir.

Grinberg y Grinberg (16) plantean que la identidad es la resultante de un proceso de interacción continua de tres niveles de integración: espacial, temporal y social. El primero comprende la relación de las distintas partes del "uno mismo" (self) entre sí, sobre todo el "self" corporal.

Esto corresponde al sentimiento de individuación.

El segundo apunta al nivel entre las distintas representaciones del self en el tiempo, estableciendo la contnuidad entre ellas y otorgando la base del sentimiento de mismidad. El tercero se refiere a la connotación social de la identidad y está dado, por la relación entre aspectos del self y los objetos mediante mecanismos de identificación proyectiva e introyección.

Los tres funcionan simultáneamente entre sí, así la patología involucra, también, todos los niveles (16).

A pesar de la existencia de planteamientos teóricos más recientes que los de Erikson referentes a la identidad, éstos siguen usándose ya que están situados dentro de una perspectiva descriptiva y eventualmente diagnóstica.

Erikson (17) propone al "yo" como el instrumento con el cual la persona organiza la información externa, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación. Este "yo" positivo produce una sensación de identidad, esto es, un estado de bienestar en el que uno siente que lo que es y lo que hace está muy cerca de lo que desea y siente que debiera ser o hacer.

A este desarrollo sano de la personalidad y el concepto de la identidad del yo, son las dos formulaciones teóricas de Erikson a las que se les ha dado mayor atención. Para Erikson (18) el desarrollo sano de la personalidad ocurre en 8 estadios sucesivos:

- I. infancia,
- II. niñez,
- III. edad del juego,
- IV. edad escolar,
- V. adolescencia,
- VI. adultez,
- VII. madurez,
- VIII. edad senil.

Estos son el producto del crecimiento o del decremento fisiológico y diferencian altamente las capacidades individuales y la expansión del radio social e interpersonal. Cada paso en la expansión del radio social incrementa las demandas sobre el individuo y contribuye a su subsecuente desarrollo psicosocial.

Durante los primeros momentos del individuo en cada etapa, su yo se vuelve más vulnerable a causa de los desafíos y conflictos engendrados por las nuevas exigencias que recaen sobre él. En perspectiva, los cambios radicales son necesarios para cubrir cada paso sucesivo, y aunado con los cambios y conflictos del período, representan una crisis psicosocial. La personalidad adulta sana se afirma sobre la solución exitosa de 8 crisis que son las siguientes:

| | | |
|--------------|----|-----------------|
| confianza | vs | desconfianza |
| autonomía | vs | verguenza, duda |
| iniciativa | vs | culpa |
| laboriosidad | vs | inferioridad |
| identidad | vs | confusión |

| | | |
|-------------|----|---------------|
| intimidad | vs | aislamiento |
| creatividad | vs | estancamiento |
| integridad | vs | desesperación |

Para cada período crítico Erikson estableció un criterio de relativa salud psicosocial, y su correspondiente criterio relativo de enfermedad.

La adolescencia, es el centro de la quinta crisis y es vista como un período altamente crucial en el desarrollo psicosocial, donde el adolescente pasa por una confusión. Esta confusión generalmente se manifiesta en un período en el cual, el adolescente se encuentra expuesto a una combinación de experiencias que requieren su compromiso simultáneo en una identidad física, una elección ocupacional con una competencia enérgica y una autodefinición psicosocial.

La confusión en la identidad del yo es frecuente en los adolescentes, esta confusión lleva a una disminución en las fuerzas del "yo", ya que los estereotipos infantiles colectivos gobiernan la conducta, y el "yo" no puede organizar las experiencias de acuerdo a sus capacidades.

Cuando la confusión es grave, el adolescente no puede ubicarse en una identidad ocupacional, ni asumir roles (abandono del empleo, no asiste a la escuela), sufre trastornos en el sentimiento de destreza en el trabajo, miedo a comprometerse en un compañerismo íntimo y pérdida de la consideración del tiempo como una dimensión del vivir.

Matza (19) afirma que la delincuencia está a me-

nudo correlacionada con el fracaso escolar. Los adolescentes que tienen éxito en la escuela son los que generalmente, son capaces de utilizar ésta como lugar de su vida de grupo de compañeros, al mismo tiempo que el lugar donde adquieren información y conocimientos.

El libertinaje, el robo, etc., se hace posible a mayor escala durante la adolescencia, (20) y casi todos los adolescentes experimentan esta tendencia en algún grado.

En síntesis, podemos considerar a la adolescencia como una fase normal del desarrollo en la que se presentan una gran cantidad de conflictos; una etapa de recomposición confusa y difícil, en donde los cambios biológicos actúan como desencadenantes de toda una revolución psicológica en el adolescente.

Todo adolescente pasa por una etapa de confusión pero no todos de la misma manera, o mejor dicho no con la misma intensidad. Esta confusión se da en la "identidad del yo", un yo ordenador que sufre cambios en su fuerza.

Los bruscos cambios biológicos, la percepción de una sociedad en conflicto, modelos parentales débiles y la edad parecieran ser indicadores de una mayor confusión en la identidad del "yo".

La confusión en la identidad del yo es una ruptura que genera nuevas líneas en el desarrollo, pudiendo llegar al logro de una identidad más eficaz y productiva.

Así la confusión del yo se torna una variable importante, ya que podemos decir, que si el adolescente disminu

ye los niveles de confusión del yo podrá entonces contender de manera satisfactoria con su entorno social, que dadas las condiciones de nuestro momento histórico se presenta sumamente complejo. Demostrar que esto es cierto requiere, indudablemente, de un instrumento que permita cuantificar el grado de confusión que presenta un individuo en un momento dado.

Hasta el momento se cuenta con las siguientes escalas para medir esta variable:

- 1) Escala de la identidad del yo elaborada en 1963, esta escala consta de 50 reactivos y fue realizada por Dignan, M. (21).
- 2) Entrevista semiestructurada que consta de cuatro áreas y que fue elaborada en 1980 por Archer (22).
- 3) Escala de la identidad del yo elaborada en 1961, esta escala consta de 72 reactivos y fue realizada por Rasmussen, J. E. (3).

CAPITULO II

METODOLOGIA

PROBLEMA

Siendo la adolescencia una etapa del ciclo vital caracterizada por una crisis existencial, de cuya solución puede depender la estabilidad emocional del adulto y, dado que dicha solución está íntimamente relacionada con el grado de confusión del yo que experimenta cada sujeto, es deseable contar con instrumentos que nos permitan evaluar esta variable de manera rápida y sencilla. Es evidente que este instrumento permitirá no sólo homogeneizar las evaluaciones de esta variable, sino plantear y realizar investigaciones al respecto de manera más reproducibles.

Así mismo el clínico, eventualmente, podrá utilizarla en su práctica cotidiana.

Contamos en este momento con la escala de Rasmussen que ha sido validada comparándola con otras escalas (23, 24, 25) que no están diseñadas para medir esta variable. Aunque este método de validación es uno de los más frecuentemente usados y aceptados, se han propuesto otros tipos de validación. Evidentemente a mayor rigurosidad en la validación de un instrumento podrá existir una mayor confianza en el mismo.

Así, es recomendable someter un instrumento a diversos diseños de validación. La validación externa de tipo concurrente, tomando como "estándar de oro" el juicio clínico, es un diseño que tiene una aceptación universal en el modelo médico.

Dado que la escala que nos ocupa, hasta donde sabemos no ha sido sometida a esta modalidad de validación, por lo menos no en una versión castellana, se sometió a esta condición.

OBJETIVOS E HIPOTESIS

Objetivo General:

Conocer el comportamiento de la Escala de Identidad del Yo de Rasmussen en el terreno clínico.

Objetivos Específicos:

1. Validar la Escala de Identidad del Yo de Rasmussen comparándola con el juicio clínico de un experto.

2. Determinar si existe relación entre la edad cronológica y el grado de confusión del yo.

3. Determinar puntos de corte de los puntajes de la Escala que correspondan a distintos grados de confusión del yo según la evaluación clínica.

Hipótesis

Ho: Dado que la Escala y el clínico evalúan variables distintas, no habrá acuerdo entre ambos.

HA: Dado que la Escala y el clínico evalúan la misma variable, existirá un alto grado de acuerdo entre ambos.

Ho: El grado de identidad del yo no se correlaciona con la edad cronológica.

HA: El grado de identidad del yo se correlaciona significativamente con la edad cronológica.

Ho: No existen puntos de corte que se relacionen con el juicio clínico.

HA: Si existen puntos de corte que se relacionan con el juicio clínico.

DEFINICION DE TERMINOS

Definiciones Teóricas.

Adolescencia. Período de la vida humana durante el cual alcanzan su madurez las funciones sexuales, es decir, el período comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta.

Confusión de la identidad del yo. Es un estado psicossocial en el cual el adolescente presenta problemas para comprometerse en un compañerismo íntimo, difusión de la laboriosidad y de la perspectiva del tiempo y la elección de una identidad negativa, causado porque el adolescente se encuentra expuesto a una combinación de experiencias que requieren el compromiso simultáneo en una identidad física, una elección ocupacional y una autodefinición psicossocial, produciendo cambios en la fuerza del yo.

Edad cronológica. Duración de la vida de un individuo desde su nacimiento hasta la fecha que se señala.

Definiciones Operacionales.

Adolescencia. Consideramos a la adolescencia el período comprendido entre los 13 y 18 años de edad.

Confusión del yo. Juicio del clínico experto en el manejo de adolescentes del Instituto de Salud Mental del D.I.F.

Definición de Población.

Todo aquel adolescente comprendido entre los 13 y 18 años de edad que acudiese a los investigadores y aceptara participar en el estudio.

Sujetos normales, se tomaron al azar alumnos de los 3 grados de la preparatoria de la "Universidad del Valle de Méxi-

co" de ambos sexos, entre los 14 y 22 años de edad y que aceptaron participar en el estudio.

MUESTREO

Para el grupo de pacientes se utilizó un tipo de muestreo obligado. En el caso de los sujetos normales se realizó un sorteo aleatorio, para cada grupo de edad, de las escalas que previamente se habían aplicado a los alumnos del turno matutino de la preparatoria del plantel Tlalpan de la citada Universidad.

Se tomaron tantos sujetos como fue necesario para intentar igualar el número

DEFINICION DEL INSTRUMENTO

(Descripción, validez y confiabilidad)

La escala de la identidad del yo fue elaborada por Rasmussen (3) para cuantificar el grado de identidad del yo. Esta escala consta de 72 reactivos, a los cuales el sujeto responde en términos de acuerdo o desacuerdo.

Rasmussen ideó la escala como un instrumento para operacionalizar el concepto de la identidad del yo desarrollado por Erikson.

El autor toma de Erikson los criterios de salud y enfermedad para los 6 estadios de la crisis psicosocial. A partir de los cuales construyó o seleccionó reactivos que fuesen un derivativo de tales estadios.

Como primer paso para la preparación de los reactivos

se examinaron un gran número de pruebas de personalidad de papel y lápiz para la selección de 144 reactivos, que reflejaran los conceptos de la crisis psicosocial. Sólo 8 de los 144 fueron obtenidos por este procedimiento, y los 136 restantes fueron ideados especialmente para esta escala.

Como los criterios para la resolución satisfactoria o insatisfactoria de los conflictos de la crisis psicosocial se hallaban expuestos explícitamente por Erikson, la validez de contenido de los reactivos no presentaba problemas particulares. No obstante, para dejar fuera cualquier ambigüedad en el trabajo y para controlar posibles desviaciones en el desarrollo de los reactivos, eliminó aquellos que fuesen débiles y que no discriminaran o reflejaran los conceptos de la crisis psicosocial, posteriormente, fueron sometidos a prueba con resultado de acuerdo unánime por dos expertos. De los 72 reactivos finales, 39 fueron elaborados para obtener una respuesta correspondiente a "desacuerdo" y los 33 restantes con respuestas en términos de "acuerdo". La colocación de los reactivos en la escala fue realizada al azar.

La confiabilidad de la forma final de la escala se obtuvo utilizando la fórmula de Spearman Brown, en dos muestras de reclutas dando un coeficiente de confiabilidad de 0.849 y 0.851 (23).

A continuación se muestran los 15 derivados de los estadios de las crisis psicosociales de Erikson utilizadas en el desarrollo de la escala de la identidad del yo.

Crisis del primer estadio

Infancia (confianza vs. desconfianza)

Derivativo I

El individuo posee un buen sentido de la perspectiva del tiempo. Las satisfacciones futuras son lo suficientemente predecibles para merecer trabajo y esperar por ellas.

Reactivos:

- 72.- Pierdo el interés en las cosas cuando tengo que esperar mucho tiempo para obtenerlas.
- 51.- No puedo esperar por las cosas que realmente quiero.
- 1.- Me molesta tener que dejar de hacer lo que a mí me gusta para poder lograr alguna meta que tenga que cumplir o por algo que deseo en el futuro.
- 68.- Si una persona quiere algo que valga la pena deberá tener paciencia para esperar por ello.

Derivativo II

Creer en la honradez de otros. Confianza básica en otros.

Reactivos:

- 20.- Si me descuido la gente trata de tomar ventaja de mí.
- 21.- Generalmente se puede confiar en la gente.
- 41.- Es difícil encontrar personas en las que puedas confiar.
- 6.- Generalmente la gente es honesta con los demás.

Derivativo III

El individuo toma una actitud de haber perdido la oportunidad de triunfar y de tener éxito. Sentimiento de haber sufrido una prematura y fatal pérdida de potencia útil.

Reactivos:

- 58.- Cuando pienso en el futuro siento que he perdido las mejores oportunidades para triunfar.
- 33.- La mejor parte de mi vida está aún por venir.
- 16.- Estoy seguro de que tendré éxito en la vida cuando me decida por una carrera.
- 67.- Siento que he perdido la oportunidad de ser feliz en la vida.

Crisis del segundo estadio

Niñez (autonomía vs. vergüenza, duda).

Derivativo I

Sentimiento de seguridad y confianza en sí mismo para corregir el curso de sus actos, que el individuo ha perseguido.

Reactivos:

- 13.- Las decisiones que he tomado generalmente han sido las correctas.
- 15.- Generalmente después de haber hecho algo me preocupo de si lo que hice fue lo correcto.
- 5.- No debo preocuparme por las decisiones que ya he tomado.
- 63.- Como una regla, nunca me lamento de las decisiones que tomo.

Derivativo II

Sensación de independencia en la que el individuo cómodamente toma decisiones y vive su vida sin tener que depender de su familia para que lo guíe.

Reactivos:

- 70.- Nunca tomo una decisión importante si no tengo la ayuda o consejo de mi familia.
- 42.- Creo que debo tomar mis propias decisiones en cosas importantes, ya que nadie puede vivir mi vida por mí.
- 24.- Los jóvenes deben de tomar sus propias decisiones, aunque sus padres no estén de acuerdo con las cosas que hacen.
- 61.- Es muy importante que tus padres aprueben todo lo que tú haces.

Derivativo III

Temor de ser avergonzado o públicamente expuesto por compañeros y jefes.

Reactivos:

- 12.- No me preocupo si cometo algún error enfrente de mis amigos.
- 3.- Tengo temor a que me pregunten en clase por lo que pueden pensar de mí los demás si no sé la respuesta correcta.
- 71.- Es mejor quedarse callado que darle a la gente la oportunidad de que te escuchen cometer un error.
- 62.- No me importa cuando mis amigos ven que yo no puedo hacer ciertas cosas tan bien como otros.

Crisis del tercer estadio

Edad del juego (iniciativa vs. culpa)

Derivativo I

Tendencia o satisfacción por rehusar sus antecedentes.
Hostilidad a los roles considerados convenientes y deseables en la familia o en la comunidad inmediata.

- 44.- Me siento orgulloso de mis antecedentes familiares.
- 39.- Es más fácil hacer amistad cuando las personas no saben mucho de tu vida.
- 17.- Si lo puedes evitar es mejor que la gente no sepa mucho de tu familia o de tu vida.
- 32.- Una de las cosas más difíciles de vencer para que un joven salga adelante son sus antecedentes familiares.

Derivativo II

Roles emocionalmente confortables experimentados en sub sociedades adolescentes, donde la disciplina y los límites son provistos por el grupo.

Reactivos:

- 47.- En los últimos años he tomado poca o ninguna participación en actividades de grupo, en clubs o deportes.
- 19.- Nunca me divierto cuando participo en grupos sociales o en actividades estudiantiles.
- 54.- Una de las cosas buenas de ser adolescente, es juntarse con un grupo que realiza sus cosas como un equipo y que establece sus propias reglas.
- 57.- Una persona se ha perdido de mucho 'si durante su juventud no ha sido miembro de un grupo o un club.

Derivativo III

Fatiga o cansancio en lo que respecta a la iniciativa.

Reactivos:

- 60.- Siempre estoy ocupado y aunque me apuro nunca veo que lleque a algún lado.

- 8.- Cuando me dan un trabajo trato de no involucrarme tanto como para perder la visión de las oportunidades que pueden venir.
- 28.- Aunque siempre estoy trabajando, parece que hago menos que otros aunque ellos no trabajen tan duro como yo.
- 46.- Es buena idea tener algún plan para el futuro aún cuando en el presente tenga muchas cosas que hacer.

Crisis del cuarto estadio

Edad escolar (laboriosidad vs. inferioridad)

Derivativo I

El individuo anticipa logros en trabajos que implican esfuerzo, los cuales son causa de placer y reconocimiento.

Reactivos:

- 11.- Cuando trabajo generalmente me aburro sin importar qué tipo de actividad sea.
- 53.- Cuando realizo un trabajo nunca hago nada más allá del mismo.
- 59.- Me gustan los trabajos difíciles porque me da mucha satisfacción el terminarlos.
- 4.- Trabajar es un mal necesario que se tiene que tolerar para poder comer.

Derivativo II

Aborrecimiento a la competencia.

- 9.- Hago mejor las cosas cuando sé que mi trabajo va a ser comparado con el de otros.

- 40.- No me gustan los deportes o juegos en los que se tiene que hacer mejor papel que el contrario.
- 69.- En mi casa, durante mi tiempo libre, disfruto de actividades en las que tengo que competir con otros.
- 66.- Una persona no puede ser feliz en un trabajo en el que está siendo siempre compitiendo con otras.

Derivativo III

Incapacidad para concentrarse en aquello que sugiere o requiere esfuerzo.

Reactivos:

- 45.- No puedo concentrarme en una sola cosa.
- 65.- No tengo problemas para concentrarme en lo que estoy haciendo.
- 25.- No es difícil concentrarse en algo si realmente lo tienes que hacer.
- 53.- Aunque trate, generalmente me es muy difícil poder concentrarme en una tarea o en un trabajo.

Crisis del quinto estadio

Adolescencia (identidad vs. confusión)

Derivativo I

Sentimiento de bienestar psicosocial; sentirse bien con su propio cuerpo.

Reactivos:

- 22.- Es raro que yo desee un cuerpo o una cara distinta.
- 50.- Me gusta ser como soy.
- 30.- No creo que mi apariencia, ni mi manera de ser, sean un obstáculo para que yo salga adelante.

23.- Podría triunfar en la vida si fuese mejor parecido.

Derivativo II

Reconciliación de la concepción por sí mismo y la respuesta o el reconocimiento de la comunidad hacia uno.

Reactivos:

56.- Mi forma de hacer las cosas se presta para que sea malinterpretado por otros.

2.- Siento que nadie me entiende.

31.- Aún cuando yo hago un trabajo, siento que la gente no se da cuenta o no me dan crédito por éste.

48.- Me he dado cuenta que con las personas con quien trabajo por lo regular no aprecian o no parecen entender mis habilidades.

Derivativo III

El individuo tiene la sensación o el sentimiento de saber cuales son sus planes y sus metas, y cual es la dirección que va a tomar en el futuro.

Reactivos:

26.- No puedo decidir que es lo que realmente quiero en la vida.

64.- Me siento seguro de lo que tengo que hacer en el futuro y tengo metas definidas.

38.- No estoy seguro en que me gustaría trabajar el resto de mi vida, pero sí tengo metas o planes a corto plazo.

18.- No tengo ningún plan o meta definida para el futuro, estoy contento de que en mi trabajo decidan lo que tengo que hacer.

Crisis del sexto estadio

Adulter (intimidad vs. aislamiento)

Derivativo

El individuo busca y se siente confortable en relaciones emocionalmente cercanas.

Reactivos:

- 7.- Por lo que me han dicho soy una persona con la que se puede haber plática fácilmente.
- 10.- Puedo evitar a la gente que sé que me puede meter en problemas.
- 14.- A pesar de que en ocasiones me siento muy seguro de las cosas, nunca le demuestro a la gente como me siento.
- 27.- Cuando creo que la gente no va a estar de acuerdo conmigo me es difícil dar mi opinión en el grupo.
- 29.- Tengo por lo menos un amigo íntimo con el que puedo compartir lo que pienso y siento.
- 34.- Generalmente puedo sostener mis ideas en un grupo sin desconcertarme.
- 35.- Tengo facilidad para hacer que otras personas se sientan tan bien y disfruten de una fiesta.
- 36.- No puedo decir que no cuando pienso que el grupo está haciendo algo que no está bien.
- 43.- Una persona necesita estar con otras para sentirse bien sin necesidad de intimar con ellos.
- 49.- Por alguna razón no he podido conocer realmente a las personas con las que he trabajado, aún cuando me cayeran bien.

52.- Una persona es más eficaz si no se acerca a otras.

37.- No puedo tener amigos íntimos es peor que tener enemigos.

La Escala de Identidad del Yo realizada por Rasmussen ha sido comparada con otras escalas.

En 1964 Rasmussen (23) realizó un estudio para investigar sistemáticamente la relación entre la identidad del yo y la efectividad psicosocial. En esta investigación se aplicaron la Escala de la Identidad del Yo y el "Adjective check list" (ACL). Dando como resultado que aquellos individuos que mostraban un ajuste psicosocial inadecuado mostraban también deficiencias en la identidad del yo.

Después de esta investigación; Protinsky (24) aplica la Escala de Identidad del Yo con el fin de comprobar el concepto epigenético de Erikson, en el que afirma que los adolescentes de mayor edad poseen una mayor identidad que los más jóvenes. La investigación se llevó a cabo con dos grupos de adolescentes uno más joven que el otro. Los resultados mostraron que a mayor edad menor confusión.

En 1986 Anderson (25) lleva a cabo una investigación sobre la identidad del yo y el ajuste escolar. Esto es que aquellos adolescentes que poseían un gran sentido de independencia económica, de control personal y que mantenían una residencia separada de los padres poseían un nivel más maduro de identidad del yo y menos problemas escolares.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron: Maladjustment scale (MT), Escala de Identidad del Yo (EIS) Inter-

generational Intimacy Subscale, Mastery Subscale, además de los datos que cada sujeto proporcionó sobre el lugar de residencia.

Es de gran importancia saber con que exactitud un instrumento mide lo que pretende medir. Así es que, el validar las escalas comparándolas con otras o cualquier otra forma de validación se torna de gran importancia para su confiable aplicación y la efectividad de sus resultados.

METODO

Se trata de un estudio de validación concurrente de un instrumento comparado con el juicio clínico. En el que, además, se contrastan los puntajes obtenidos en la escala por un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo de sujetos normales.

Variables independientes:

Edad cronológica.

Juicio clínico.

Variables dependientes:

Puntajes totales y parciales de la Escala.

PROCEDIMIENTO

La Escala de la Identidad del Yo elaborada por Rasmussen, fue traducida al español por los dos investigadores los cuales llegaron a un acuerdo en cada reactivo. Posteriormente se tradujo al inglés por un experto en traducción de lengua inglesa, el cual determinó que no existían diferencias significativas entre la escala original y la retraducción de la misma.

Como último paso, esta versión en español de la Escala se sometió a una revisión por un experto en adolescencia y siendo aceptada fue ésta la versión que se aplicó (Anexo 1).

Para llevar a cabo el estudio, se llegó a un acuerdo con los paidopsiquiatras del Instituto de Salud Mental del D.I.F., para que todo aquel adolescente comprendido entre los 13 y 18 años de edad que acudiese a la Institución fuese referido a los investigadores. Todos los adolescentes que aceptaron participar fueron incluidos en el estudio.

A cada sujeto se le sometió a una entrevista clínica no estructurada en la que el paidopsiquiatra evaluaba el grado de confusión del yo calificándola en una escala del 1 al 3. Una vez que el sujeto concluyó la entrevista se le proporcionó la Escala para que, previa explicación por alguno de los investigadores, la contestara sin que se demorara mucho en cada reactivo. La aplicación de la Escala se llevó a cabo en forma individual en un cubículo del área de Psiquiatría del Instituto de Salud Mental del D.I.F. Los datos de cada sujeto fueron vaciados en una forma de concentración de datos (Anexo 3).

Con el fin de comparar los resultados obtenidos con sujetos normales se tomaron al azar alumnos de los 3 grados de la preparatoria de la "Universidad del Valle de México" de ambos sexos, entre los 14 y 22 años de edad y que aceptaron participar en el estudio. La aplicación de la escala fue llevada de manera grupal previa explicación de los investigadores. Los datos recolectados se vaciaron en hojas de concentración similares a las utilizadas con el grupo de pacientes.

ESTRATEGIA DE ANALISIS ESTADISTICO

Se calcularon las correlaciones interactivo para cada conjunto de reactivos que, según el autor de la escala original, evalúan cada uno de los estadios propuestos por Erikson. Lo anterior se hizo en cada grupo de sujetos, esto es en los pacientes y en los voluntarios sanos.

Asimismo se calcularon las correlaciones entre las variables independientes: edad, sexo, diagnóstico (cuando fue pertinente) y las dependientes puntajes totales por estadio y puntaje total en la escala mediante el método propuesto por Kendall.

Para la comparación entre los puntajes por estadio y totales entre grupos etarios y diagnósticos se utilizó un análisis de varianza de dos factores y cuando fue conveniente se utilizó un diseño de una vía totalmente aleatorizado.

CAPITULO III

RESULTADOS

RESULTADOS

El coeficiente de correlación phi nos permite, al igual que otros estadísticos similares, conocer el grado de asociación que existe entre dos variables. Este coeficiente phi se recomienda cuando se manejan variables dicotómicas, como en nuestro caso. Así, las tablas 1 a 12 muestran los coeficientes phi entre reactivos en cada uno de los grupos estudiados. En otras palabras dichos coeficientes reflejan la frecuencia con la que se presentaron respuestas correctas o incorrectas en ambos reactivos. Cuando se estudian muestras de una población es necesario reconocer que los estadísticos constituyen sólo una estimación de los parámetros reales de la población y que, por tanto, pueden alejarse aleatoriamente de la realidad. En el caso que nos ocupa es indispensable calcular un intervalo de confianza para establecer si un coeficiente de cierta magnitud puede presentarse aunque la correlación "verdadera" sea 0 (es decir que en realidad no existe relación alguna entre las respuestas a un par de reactivos). Este intervalo de confianza depende del número de individuos de la muestra y para 31 sujetos va de - 0.36 a 0.36. Esto significa que sólo aquellos coeficientes que no queden incluidos en este intervalo es probable que sean diferentes de cero.

Por la forma en que calculamos las correlaciones entre reactivos, aciertos y errores en cada uno de un par de reactivos, esperábamos que éstas fueran positivas y de magnitud importante. Si los sujetos respondían correctamente a un reactivo perteneciente a uno de los estadios evaluados, era

de esperarse que también respondieran correctamente a otro reactivo del mismo estadio o viceversa; en ambos casos la correlación sería 1. Sin embargo, este no fue el caso.

En la tabla 1 se observa que, en el estadio I en la muestra de voluntarios sanos, solamente la correlación entre los reactivos 33 vs 51 es 0.36 (0.38). Más aún, 40 de los 66 coeficientes son negativos y tres de ellos, los reactivos 20 vs 72, 16 vs 67 y 58 vs 72 son de - 0.41, - 0.43 y -0.44 respectivamente. En contraste, en la muestra de pacientes del DIF (tabla 7) en el mismo estadio las correlaciones entre los reactivos 6 vs 1, 68 vs 16, 21 vs 16 y 33 vs 51 son de 0.39, 0.52, 0.40 y 0.40 y 35 de los coeficientes son negativos.

En la tabla 2 se observa que, en el estadio II, de la muestra que corresponde a voluntarios sanos, no existen correlaciones 0.36. Además, se observa que 49 de los 66 coeficientes de correlación son negativos, y de los cuales 5 vs 3, 5 vs 62, 24 vs 70 y 12 vs 62 son de - 0.37, - 0.38, - 0.52 y - 0.51 respectivamente. Al igual que en la muestra de voluntarios sanos, los pacientes del DIF (tabla 8) no presentaron coeficientes de correlación > 0.36 , y de los 66 coeficientes 52 son negativos, de los cuales 71 vs 13, 60 vs 13 y 12 vs 24 son de - 0.43, - 0.42 y - 0.41 respectivamente.

La tabla 3 nos muestra las correlaciones entre reactivos correspondientes al estadio III en la muestra de voluntarios sanos, en la que encontramos que no existen correlaciones significativas entre reactivos; más aun, de las 66 correlaciones 46 son negativas, diez de ellas van de - 0.36 a - 0.51.

En contraste en la muestra del DIF (tabla 9) se puede observar que las correlaciones entre los reactivos 19 vs 17, 46 vs 17, 8 vs 47 y 8 vs 19 son 0.36 (0.39, 0.46, 0.37 y 0.37 respectivamente), aunque 33 de los coeficientes son negativos.

En la tabla 4, que corresponde a las correlaciones entre reactivos de la muestra de voluntarios sanos del estadio IV, podemos observar que no existen correlaciones entre reactivos > 0.36 y que de las 47 correlaciones negativas, las de los reactivos 59 vs 55 y 25 vs 11 son de $- 0.42$ y $- 0.53$ respectivamente. De manera similar en la muestra de pacientes del DIF (tabla 10), en el mismo estadio, no existen correlaciones > 0.36 ; de las 43 correlaciones negativas, tres 9 vs 11, 69 vs 55 y 65 vs 45 son de $- 0.43$, $- 0.41$ y $- 0.54$, es decir son significativas.

La tabla 5 indica que, en el estadio V y en la muestra de voluntarios sanos no se obtuvieron correlaciones > 0.36 . Además, de las 38 correlaciones negativas, diez de ellas oscilaron entre $- 0.37$ y $- 0.59$. A su vez, en la tabla 11 que corresponde a las correlaciones del estadio V de la muestra de pacientes del DIF, no se observaron correlaciones > 0.36 y de las 45 correlaciones negativas aquellas entre los reactivos 23 vs 30, 38 vs 30, 38 vs 23, 31 vs 56 y 18 vs 38 son de $- 0.40$, $- 0.48$, $- 0.51$, $- 0.39$ y $- 0.42$ respectivamente.

La tabla 6, que corresponde a la muestra de voluntarios sanos del VI estadio, nos muestra que solamente las correlaciones entre los reactivos 49 vs 43 y 37 vs 27 son > 0.36 (0.48

y 0.54) y dos correlaciones negativas de las 36 que se presentaron son significativamente distintas de 0. En lo que respecta a la muestra del DIF (tabla 12) en el mismo estadio, observamos que sólo el coeficiente entre los reactivos 37 vs 49 es > 0.36 (0.54) y de las 31 correlaciones negativas aquellas entre los reactivos 10 vs 7, 36 vs 7 y 36 vs 49 son de $- 0.41$, $- 0.45$ y de $- 0.39$ respectivamente.

En las tablas 13 y 14 se muestran los puntajes por estadio en cada uno de los grupos según la edad.

El ANOVA de dos factores (edad y grupo diagnóstico: voluntario o paciente) para cada uno de los estadios y puntajes totales indicó lo siguiente:

- A) ESTADIO I-: El efecto del grupo diagnóstico fue significativo ($F = 5.747$; $gl\ 2,53$; $p = 0.0191$) en tanto que no existieron diferencias significativas entre los grupos etarios. ($F < 1$). Los pacientes del DIF obtuvieron puntajes más bajos que los voluntarios.
- B) ESTADIO II: También se evidenció un efecto del grupo diagnóstico ($F = 7.284$; $gl\ 2,53$; $p = 0.002$) en el mismo sentido que para el anterior. La edad no dio lugar a diferencias significativas ($F = 2.347$; $gl\ 2,53$; $p = 0.1038$).
- C) ESTADIO III: En éste ni la condición diagnóstica ni la edad tuvieron un efecto significativo ($F = 1.944$; $gl\ 2,53$; $p = 0.1658$ y ($F < 1$) respectivamente.
- D) ESTADIO IV: Aquí el efecto significativo fue producto de la edad ($F = 3.833$; $gl\ 2,53$ $p = 0.0272$). En tanto que el diagnóstico no dio lugar a diferencias. ($F < 1$).

- E) ESTADIO V: En este estadio ni la edad ni el diagnóstico tuvieron una influencia significativa ($F < 1$ ambos).
- F) ESTADIO VI: Al igual que en otros estadios el efecto principal obedeció al diagnóstico ($F = 4.193$; $gl\ 2,53$ $p = 0.0431$) siendo el de la edad insignificante ($F < 1$).
- G) Puntaje total: Como era de esperarse por los resultados anteriores, el efecto principal lo ejerció el grupo diagnóstico ($F = 8.818$; $gl\ 2,53$; $p = 0.0047$). Los puntajes del grupo de pacientes del DIF fueron menores que los de los voluntarios sanos. Sin embargo, la edad no dio lugar a diferencias significativas.

El análisis de los datos mediante una aproximación diferente, el cálculo de coeficientes de correlación no paramétrica (Tau de Kendall) corrobora lo observado con el análisis previo. Las correlaciones entre los puntajes por estadio y total con la edad son muy bajas (tabla 15). En el grupo de voluntarios van desde 0.122 (estadio II vs edad) hasta - 0.333 (estadio IV s edad). En el grupo de pacientes del DIF fueron todavía menos importantes.

La correlación entre los puntajes por estadio y los puntajes totales oscilan entre 0.286 y 0.598 en los voluntarios sanos (tabla 16), si se controla para la edad los coeficientes no se modifican substancialmente, evidencia del escaso efecto de esta variable en el desempeño de los sujetos.

Lo mismo sucedió en el grupo del DIF (tabla 17); en este grupo se analizó también el efecto del juicio clínico, como se puede observar en la tabla correspondiente la influen

cia de esta variable tampoco es importante.

En las tablas 18 y 19 se muestran las características clínicas de los pacientes del DIF. El ANOVA de un factor totalmente aleatorizado de los puntajes totales comparando los grupos según el juicio clínico indicó que no existen diferencias significativas ($F = 2.578$; gl 2,27; $p = 0.09$) entre ellos.

En la tabla 19 se muestran los coeficientes de correlación entre el juicio clínico, los puntajes por estadio y total; es evidente que en general los coeficientes son poco importantes; aún corrigiendo para edad los coeficientes siguen siendo bajos.

Tabla 1

Correlación Phi entre reactivos. Estadio I
Muestra de voluntarios sanos.

| | 51 | 1 | 68 | 20 | 21 | 41 | 6 | 58 | 33 | 16 | 67 | $\bar{X} \pm d. e$ | |
|--|------|-----|------|-------|------|------|------|-------|------|------|-------|--------------------|----------------|
| | -.27 | .09 | -.12 | *-.41 | .31 | -.11 | .18 | *-.43 | -.05 | .29 | -.03 | 72 | -.05 \pm .25 |
| | | .20 | -.11 | .12 | -.07 | -.28 | -.05 | -.25 | *.38 | -.06 | -.32 | 51 | -.04 \pm .22 |
| | | | .09 | .17 | -.14 | -.06 | -.25 | -.24 | .25 | .16 | -.06 | 1 | -.00 \pm .18 |
| | | | | .09 | .15 | .04 | .18 | .17 | .13 | -.11 | -.03 | 68 | .07 \pm .10 |
| | | | | | .22 | -.33 | .03 | .19 | -.01 | -.07 | -.00 | 20 | -.00 \pm .18 |
| | | | | | | -.07 | -.29 | 0 | 0 | -.09 | -.34 | 21 | -.13 \pm .14 |
| | | | | | | | -.35 | -.25 | .03 | -.06 | -.32 | 41 | -.19 \pm .16 |
| | | | | | | | | -.20 | -.02 | .04 | -.25 | 6 | -.10 \pm .13 |
| | | | | | | | | | -.19 | .12 | -.35 | 58 | -.14 \pm .23 |
| | | | | | | | | | | -.21 | -.10 | 33 | -.15 \pm .07 |
| | | | | | | | | | | | *-.44 | 16 | -.44 \pm --- |

Tabla 1

Correlación Phi entre reactivos. Estadio I
Muestra de voluntarios sanos.

| | 51 | 1 | 68 | 20 | 21 | 41 | 6 | 58 | 33 | 16 | 67 | | $\bar{X} \pm d, e$ |
|--|------|-----|------|-------|------|------|------|-------|------|------|-------|----|--------------------|
| | -.27 | .09 | -.12 | *-.41 | .31 | -.11 | .18 | *-.43 | -.05 | .29 | -.03 | 72 | -.05 \pm .25 |
| | | .20 | -.11 | .12 | -.07 | -.28 | -.05 | -.25 | *.38 | -.06 | -.32 | 51 | -.04 \pm .22 |
| | | | .09 | .17 | -.14 | -.06 | -.25 | -.24 | .25 | .16 | -.06 | 1 | -.00 \pm .18 |
| | | | | .09 | .15 | .04 | .18 | .17 | .13 | -.11 | -.03 | 68 | .07 \pm .10 |
| | | | | | .22 | -.33 | .03 | .19 | -.01 | -.07 | -.00 | 20 | -.00 \pm .18 |
| | | | | | | -.07 | -.29 | 0 | 0 | -.09 | -.34 | 21 | -.13 \pm .14 |
| | | | | | | | -.35 | -.25 | .03 | -.06 | -.32 | 41 | -.19 \pm .16 |
| | | | | | | | | -.20 | -.02 | .04 | -.25 | 6 | -.10 \pm .13 |
| | | | | | | | | | -.19 | .12 | -.35 | 58 | -.14 \pm .23 |
| | | | | | | | | | | -.21 | -.10 | 33 | -.15 \pm .07 |
| | | | | | | | | | | | *-.44 | 16 | -.44 \pm --- |

Tabla 2

Correlación Phi entre reactivos. Estadio II
Muestra de voluntarios sanos.

| | 15 | 5 | 63 | 70 | 42 | 24 | 61 | 12 | 3 | 71 | 62 | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|
| | -.18 | -.07 | -.09 | -.12 | -.13 | -.32 | .07 | -.04 | -.34 | .19 | -.21 | 13 | |
| | | -.24 | -.07 | -.01 | .19 | -.02 | -.08 | -.29 | -.11 | -.11 | -.24 | 15 | |
| | | | -.22 | -.12 | -.00 | .09 | -.28 | -.28 | * | -.37 | -.15 | -.38 | 5 |
| | | | | -.07 | -.11 | 0 | -.20 | .29 | 0 | 0 | .17 | .63 | |
| | | | | | -.14 | * | -.52 | -.17 | -.20 | -.23 | -.02 | .13 | 70 |
| | | | | | | -.03 | -.14 | .01 | -.18 | .14 | -.10 | .42 | |
| | | | | | | | -.03 | -.02 | .03 | .25 | .33 | .24 | |
| | | | | | | | | .12 | -.16 | -.16 | .03 | .61 | |
| | | | | | | | | | -.33 | -.33 | -.51 | .12 | |
| | | | | | | | | | | -.12 | -.28 | .3 | |
| | | | | | | | | | | | -.28 | .71 | |

| $\bar{X} \pm d. e.$ |
|---------------------|
| -.11 \pm .15 |
| -.09 \pm .13 |
| -.19 \pm .16 |
| -.01 \pm .15 |
| -.16 \pm .20 |
| -.05 \pm .11 |
| .11 \pm .16 |
| -.04 \pm .14 |
| -.39 \pm .10 |
| -.20 \pm .14 |
| -.28 \pm --- |

Tabla 3

Correlación Phi entre reactivos. Estadio III
Muestra de voluntarios sanos.

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|------|-------|------|----|
| | 39 | 17 | 32 | 47 | 19 | 54 | 57 | 60 | 8 | 27 | 46 | |
| | -.04 | -.11 | *-.51 | -.23 | *-.41 | -.11 | -.18 | -.07 | .12 | -.16 | .12 | 44 |
| | | *-.51 | -.04 | -.22 | .14 | -.18 | -.14 | -.28 | -.09 | -.08 | -.08 | 39 |
| | | | -.11 | -.18 | .12 | *-.47 | .13 | *-.41 | -.11 | *-.36 | -.13 | 17 |
| | | | | -.23 | *-.41 | -.11 | .19 | -.07 | -.24 | .05 | .12 | 32 |
| | | | | | -.25 | -.18 | -.14 | -.12 | -.09 | *-.43 | -.08 | 47 |
| | | | | | | .12 | -.15 | .13 | -.17 | .11 | .05 | 19 |
| | | | | | | | .13 | -.24 | -.11 | *-.36 | .17 | 54 |
| | | | | | | | | .07 | .16 | .04 | .06 | 57 |
| | | | | | | | | | -.18 | *-.48 | -.10 | 60 |
| | | | | | | | | | | .28 | .24 | 8 |
| | | | | | | | | | | | -.16 | 28 |

| |
|-------------------|
| $\bar{x} \pm d.e$ |
| -.14 \pm .19 |
| -.14 \pm .17 |
| -.16 \pm .21 |
| -.08 \pm .20 |
| -.18 \pm .19 |
| .01 \pm .13 |
| -.08 \pm .22 |
| .08 \pm .05 |
| -.25 \pm .20 |
| .26 \pm .02 |
| -.16 \pm ---- |

Tabla 4

Correlación Phi entre reaccivos. Estadio IV
Muestra de voluntarios sanos.

| | 55 | 59 | 4 | 9 | 40 | 69 | 66 | 45 | 65 | 25 | 53 | | $\bar{X} + d. e$ | |
|--|-----|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------------|------------|
| | .24 | .14 | .11 | -.13 | .16 | -.29 | .17 | -.08 | .22 | * | -.53 | -.19 | 11 | -.01 ± .24 |
| | | *-.42 | -.26 | .06 | -.16 | .08 | -.09 | -.25 | -.33 | .10 | -.07 | 55 | -.13 ± .18 | |
| | | | -.03 | .13 | -.30 | -.03 | -.24 | .20 | -.29 | -.15 | -.15 | 59 | -.09 ± .17 | |
| | | | | .03 | 0 | -.23 | -.19 | -.33 | -.29 | -.03 | -.03 | 4 | -.13 ± .14 | |
| | | | | | 0 | -.04 | -.12 | .14 | -.02 | -.24 | -.24 | 9 | -.07 ± .13 | |
| | | | | | | -.28 | -.18 | -.08 | -.21 | -.10 | -.30 | 40 | -.9 ± .09 | |
| | | | | | | | -.04 | -.05 | .16 | -.03 | -.03 | 69 | .0 ± .08 | |
| | | | | | | | | .14 | -.30 | -.05 | -.05 | 66 | -.06 ± .18 | |
| | | | | | | | | | -.31 | .02 | -.33 | 45 | -.20 ± .19 | |
| | | | | | | | | | | -.11 | -.11 | 65 | -.11 ± 0 | |
| | | | | | | | | | | | -.15 | 25 | -.15 ± --- | |

Tabla 5

Correlación Phi entre reactivos. Estadio V
Muestra de voluntarios sanos.

| | 50 | 30 | 23 | 56 | 2 | 31 | 48 | 26 | 64 | 38 | 18 | |
|---|------|-----|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|------|----|
| * | -.43 | .00 | -.13 | .24 | -.11 | .13 | -.32 | 0 | -.02 | -.11 | .12 | 22 |
| | | .00 | *-.46 | -.19 | *-.59 | -.19 | *-.59 | -.16 | *-.37 | .01 | .05 | 50 |
| | | | .00 | .00 | .00 | .00 | .00 | .00 | .00 | .00 | .00 | 30 |
| | | | | -.19 | *-.59 | -.19 | *-.59 | -.16 | -.08 | .29 | .05 | 23 |
| | | | | | -.21 | -.15 | *-.43 | -.30 | -.15 | -.13 | .10 | 56 |
| | | | | | | *-.43 | *-.51 | -.16 | -.04 | .31 | .08 | 2 |
| | | | | | | | -.21 | -.30 | -.33 | .21 | .10 | 31 |
| | | | | | | | | -.16 | -.23 | .31 | .08 | 48 |
| | | | | | | | | | -.08 | -.20 | -.33 | 26 |
| | | | | | | | | | | .05 | .14 | 64 |
| | | | | | | | | | | | -.17 | 38 |

$\bar{X} \pm d. e.$

| |
|----------------|
| .10 \pm .17 |
| -.17 \pm .30 |
| 0 \pm 0 |
| -.18 \pm .29 |
| -.18 \pm .16 |
| -.12 \pm .31 |
| -.10 \pm .24 |
| 0 \pm .24 |
| -.20 \pm .12 |
| .09 \pm .06 |
| -.17 \pm --- |

Tabla 6
 Correlación Phi entre reactivos. Estadio VI
 Muestra de voluntarios sanos.

| | 10 | 14 | 28 | 29 | 34 | 35 | 36 | 37 | 43 | 49 | 52 | |
|--|-----|-----|------|------|------|------|------|----------|------|-----------|-----------|----|
| | .11 | 0 | -.25 | -.03 | -.28 | -.15 | -.28 | .19 | -.26 | -.29 | * -.47 | 7 |
| | | .16 | -.16 | -.19 | -.19 | .10 | .14 | .13 | .24 | .22 | .05 | 10 |
| | | | -.14 | -.10 | .10 | .13 | -.30 | .18 | -.16 | -.12 | -.11 | 14 |
| | | | | -.10 | -.10 | -.13 | -.10 | * .54 | -.16 | -.21 | .11 | 27 |
| | | | | | .06 | -.01 | -.15 | .05 | .10 | .02 | .10 | 29 |
| | | | | | | -.19 | -.15 | .05 | -.07 | -.11 | .10 | 34 |
| | | | | | | | -.01 | .07 | -.33 | * -.38 | .13 | 35 |
| | | | | | | | | -.13 | -.07 | .06 | .10 | 36 |
| | | | | | | | | | .09 | .30 | -.12 | 37 |
| | | | | | | | | | | * .48 | .22 | 43 |
| | | | | | | | | | | | -.23 | 49 |

| $\bar{X} \pm d. e$ |
|--------------------|
| -.15 \pm .19 |
| .05 \pm .16 |
| -.05 \pm .13 |
| -.01 \pm .24 |
| .02 \pm .08 |
| .07 \pm .12 |
| -.10 \pm .23 |
| -.01 \pm .10 |
| .09 \pm .21 |
| .35 \pm |
| -.23 \pm --- |

Tabla 7

Correlación Phi entre reactivos. Estadio I
Muestra del DIF.

| | 51 | 1 | 68 | 20 | 21 | 41 | 6 | 58 | 33 | 16 | 67 | |
|--|------|-----|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|----|
| | -.22 | .19 | .19 | -.29 | -.08 | -.30 | -.30 | -.09 | -.01 | -.01 | -.33 | 72 |
| | | .18 | .04 | *-.36 | -.15 | -.06 | -.06 | -.12 | *.40 | .04 | .04 | 51 |
| | | | -.16 | .09 | .32 | .25 | .39 | -.09 | .01 | -.16 | .01 | 1 |
| | | | | -.23 | .22 | -.21 | .07 | -.14 | -.04 | .52 | .19 | 68 |
| | | | | | .04 | -.29 | .11 | *-.42 | .10 | .10 | .10 | 20 |
| | | | | | | -.35 | -.06 | -.28 | .04 | *.40 | -.32 | 21 |
| | | | | | | | -.26 | -.09 | .26 | .26 | -.07 | 41 |
| | | | | | | | | .06 | .07 | .07 | -.20 | 6 |
| | | | | | | | | | -.14 | .05 | .05 | 58 |
| | | | | | | | | | | -.04 | -.04 | 33 |
| | | | | | | | | | | | -.04 | 16 |

| $\bar{X} \pm d. e$ |
|--------------------|
| -.11 \pm .19 |
| -.00 \pm .20 |
| .07 \pm .20 |
| .04 \pm .25 |
| -.03 \pm .22 |
| -.09 \pm .28 |
| .02 \pm .23 |
| .00 \pm .13 |
| -.01 \pm .10 |
| -.04 \pm 0 |
| -.04 \pm --- |

Tabla 8

Correlación Phi entre reactivos. Estadio II
Muestra del DIF

| | | | | | | | | | | | |
|-----|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|-------|----|
| 15 | 5 | 63 | 70 | 42 | 24 | 61 | 12 | 3 | 71 | 60 | |
| .04 | -.21 | -.28 | -.09 | -.13 | -.13 | -.07 | -.17 | -.18 | *-.43 | *-.42 | 13 |
| | -.03 | -.14 | -.08 | -.22 | -.14 | -.18 | -.04 | -.11 | -.21 | -.21 | 15 |
| | | .14 | -.10 | -.04 | -.02 | -.16 | -.28 | -.05 | -.28 | .04 | 5 |
| | | | .31 | .19 | -.04 | .02 | -.35 | -.10 | -.10 | .02 | 63 |
| | | | | -.05 | -.17 | -.06 | .09 | -.16 | -.05 | -.05 | 70 |
| | | | | | -.02 | .01 | -.00 | -.07 | -.29 | .00 | 42 |
| | | | | | | .07 | *-.41 | -.10 | .00 | .00 | 24 |
| | | | | | | | -.06 | -.30 | -.06 | -.06 | 61 |
| | | | | | | | | -.34 | -.21 | .04 | 12 |
| | | | | | | | | | -.21 | -.21 | 3 |
| | | | | | | | | | | -.34 | 71 |

| |
|--------------------|
| $\bar{X} \pm d. e$ |
| -.18 \pm .14 |
| -.09 \pm .12 |
| -.08 \pm .3 |
| .0 \pm .19 |
| -.06 \pm .08 |
| -.06 \pm .11 |
| -.08 \pm .18 |
| -.12 \pm .12 |
| -.17 \pm .19 |
| -.21 \pm .0 |
| -.34 \pm --- |

Tabla 9

Correlación Phi entre reactivos. Estadio III
Muestra del DIF.

| | 39 | 17 | 32 | 47 | 19 | 54 | 57 | 60 | 8 | 27 | 46 | | $\bar{x} \pm d. e$ |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|--------------------|
| | -.02 | .18 | -.20 | .04 | -.20 | -.10 | .05 | -.13 | .07 | -.17 | .02 | 44 | -.04 \pm .12 |
| | | -.17 | .01 | -.19 | -.13 | .07 | -.03 | -.27 | .33 | -.07 | .06 | 39 | -.03 \pm .17 |
| | | | .25 | .09 | *.39 | .12 | -.20 | -.01 | -.30 | .00 | *.46 | 17 | -.08 \pm .25 |
| | | | | .29 | .03 | .12 | .25 | -.21 | .04 | -.12 | -.31 | 32 | .01 \pm .21 |
| | | | | | -.16 | .10 | .09 | -.35 | *.37 | -.01 | -.09 | 47 | .00 \pm .22 |
| | | | | | | .12 | .11 | -.07 | *.37 | .15 | -.16 | 19 | .08 \pm .18 |
| | | | | | | | -.27 | .07 | -.20 | -.08 | -.07 | 54 | -.11 \pm .13 |
| | | | | | | | | -.01 | -.01 | .13 | .03 | 57 | .02 \pm .07 |
| | | | | | | | | | -.02 | -.21 | -.00 | 60 | -.07 \pm .11 |
| | | | | | | | | | | .04 | .00 | 8 | .02 \pm .02 |
| | | | | | | | | | | | .22 | 28 | .22 \pm --- |

Tabla 10

Correlación Phi entre reactivos. Estadio IV
Muestra del DIF.

| | 55 | 59 | 4 | 9 | 40 | 69 | 66 | 45 | 65 | 25 | 53 | | X + d. e |
|--|-----|------|------|-------|------|-------|------|------|-------|------|------|----|------------|
| | .05 | -.27 | -.09 | -.43* | .01 | -.05 | .20 | -.31 | -.05 | -.03 | -.28 | 11 | -.11 ± .10 |
| | | .08 | .05 | -.25 | -.29 | -.41* | .05 | .03 | -.01 | .14 | .13 | 55 | -.04 ± .19 |
| | | | -.08 | -.29 | .17 | .11 | .08 | -.17 | .11 | -.12 | -.28 | 59 | -.05 ± .17 |
| | | | | .13 | -.03 | .11 | .07 | -.35 | -.14 | -.32 | .00 | 4 | -.06 ± .18 |
| | | | | | .20 | -.03 | -.06 | -.01 | .34 | -.02 | -.08 | 9 | .04 ± .15 |
| | | | | | | -.10 | -.16 | -.16 | -.10 | -.21 | -.10 | 40 | -.13 ± .04 |
| | | | | | | | -.01 | -.02 | -.21 | .18 | .05 | 69 | .00 ± .14 |
| | | | | | | | | .16 | .24 | -.32 | -.26 | 66 | -.04 ± .28 |
| | | | | | | | | | -.54* | -.09 | -.02 | 45 | -.21 ± .28 |
| | | | | | | | | | | .02 | -.07 | 65 | -.02 ± .06 |
| | | | | | | | | | | | -.20 | 25 | -.20 ± --- |

Tabla 11

Correlación Phi entre reactivos. Estadio V
Muestra del DIF.

| 50 | 30 | 23 | 56 | 2 | 31 | 48 | 26 | 64 | 38 | 18 | |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----|
| .13 | -.18 | .00 | .05 | -.29 | -.11 | -.26 | -.02 | .05 | .03 | .23 | 22 |
| | -.11 | -.04 | -.14 | -.16 | -.15 | -.04 | -.25 | -.14 | -.04 | -.09 | 50 |
| | | *.40 | -.03 | -.15 | -.32 | -.08 | -.06 | -.03 | *.48 | -.02 | 30 |
| | | | -.02 | -.11 | -.05 | .12 | .09 | .12 | *.51 | -.11 | 23 |
| | | | | -.11 | *.39 | -.17 | .16 | .00 | .12 | .00 | 56 |
| | | | | | -.32 | -.11 | -.05 | -.11 | -.17 | -.17 | 2 |
| | | | | | | -.32 | .09 | .20 | -.06 | .13 | 31 |
| | | | | | | | .09 | -.02 | .08 | -.11 | 48 |
| | | | | | | | | -.12 | .01 | .01 | 26 |
| | | | | | | | | | .22 | -.21 | 64 |
| | | | | | | | | | | *.42 | 38 |

$\bar{X} \pm d. e.$

| |
|----------------|
| -.04 \pm .16 |
| -.11 \pm .16 |
| -.17 \pm .17 |
| -.05 \pm .20 |
| -.05 \pm .18 |
| .02 \pm .19 |
| .00 \pm .20 |
| .01 \pm .09 |
| -.03 \pm .07 |
| -.00 \pm .30 |
| -.42 \pm --- |

Tabla 12

Correlación Phi entre reactivos. Estadio VI
Muestra del DIF.

| | 10 | 14 | 28 | 29 | 34 | 35 | 36 | 37 | 43 | 49 | 52 | |
|---|------|-----|-----|------|------|------|-------|------|------|-------|------|----|
| * | -.41 | .21 | .19 | -.27 | -.27 | .21 | *-.45 | -.03 | .32 | .01 | .13 | 7 |
| | | .26 | .09 | .01 | -.27 | -.17 | -.13 | .22 | .05 | .06 | .02 | 10 |
| | | | .19 | .03 | .13 | .27 | .00 | .03 | .11 | -.01 | -.31 | 14 |
| | | | | .12 | -.10 | .31 | -.29 | .05 | .16 | -.02 | -.06 | 27 |
| | | | | | .07 | -.05 | -.12 | .05 | -.05 | .00 | .16 | 29 |
| | | | | | | -.05 | -.02 | -.01 | -.11 | -.07 | .02 | 34 |
| | | | | | | | -.16 | -.10 | -.20 | -.20 | .22 | 35 |
| | | | | | | | | .04 | -.03 | *-.39 | .24 | 36 |
| | | | | | | | | | -.19 | *.54 | .30 | 37 |
| | | | | | | | | | | .11 | -.25 | 43 |
| | | | | | | | | | | | -.33 | 49 |

| $\bar{X} \pm d. e$ |
|--------------------|
| -.03 \pm .27 |
| .01 \pm .16 |
| .04 \pm .16 |
| .02 \pm .18 |
| .00 \pm .10 |
| -.04 \pm .04 |
| -.08 \pm .17 |
| -.03 \pm .26 |
| .21 \pm .37 |
| -.07 \pm .25 |

Tabla 13

Puntajes* por estadio y total según grupo de edad en voluntarios sanos

| Edad | Estadio I | Estadio II | Estadio III | Estadio IV | Estadio V | Estadio VI | Total |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| 14 | 8.0 \pm 2.80 | 7.77 \pm 1.78 | 9.22 \pm 2.33 | 9.55 \pm 2.24 | 9.88 \pm 1.76 | 8.22 \pm 1.78 | 52.7 \pm 10.1 |
| 15 | 8.57 \pm 1.27 | 6.84 \pm 1.95 | 8.85 \pm 2.19 | 9.14 \pm 1.67 | 10.42 \pm 1.27 | 8.44 \pm 1.61 | 52.3 \pm 7.7 |
| 16 | 6.71 \pm 1.70 | 7.7 \pm 3.14 | 7.0 \pm 2.51 | 8.0 \pm 2.16 | 7.28 \pm 4.02 | 7.71 \pm 1.38 | 45.7 \pm 11.3 |
| 17 y 18 | 7.60 \pm 1.51 | 9.20 \pm 0.44 | 9.0 \pm 0.70 | 7.45 \pm 2.60 | 9.40 \pm 1.34 | 7.80 \pm 0.83 | 50.4 \pm 4.0 |

* X + d.c.

Tabla 14

Puntajes* por estadio y total según grupo de edad a los pacientes psiquiátricos

| Edad | Estadio I | Estadio II | Estadio III | Estadio IV | Estadio V | Estadio VI | Total |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 13 | 7.22 ± 1.64 | 5.00 ± 2.34 | 6.00 ± 1.80 | 8.33 ± 1.80 | 8.44 ± 1.66 | 7.88 ± 1.76 | 43.3 ± 6.9 |
| 14 | 6.33 ± 1.52 | 4.00 ± 1.00 | 6.66 ± 1.15 | 6.00 ± 0 | 7.66 ± 1.15 | 6.66 ± 1.08 | 37.3 ± 3.5 |
| 15 | 7.00 ± 2.58 | 4.57 ± 1.27 | 5.85 ± 1.21 | 6.85 ± 3.02 | 7.57 ± 2.87 | 6.57 ± 2.57 | 38.4 ± 11.2 |
| 16 | 7.57 ± 1.71 | 6.57 ± 2.14 | 7.57 ± 1.51 | 8.71 ± 1.11 | 8.57 ± 2.22 | 5.85 ± 0.69 | 44.9 ± 6.4 |
| 17 y 18 | 6.40 ± 1.67 | 7.00 ± 2.91 | 6.40 ± 2.07 | 7.40 ± 1.94 | 9.40 ± 1.34 | 7.40 ± 1.14 | 44.0 ± 7.4 |

* ($\bar{x} \pm d.e$)

Tabla 15

Correlación* entre puntajes por estadio y total con la edad

| | Voluntarios sanos | D I F |
|-------|-------------------|---------|
| I | - 0.235 | 0.161 |
| II | - 0.164 | - 0.039 |
| III | - 0.122 | 0.049 |
| IV | - 0.333 | - 0.004 |
| V | - 0.138 | 0.112 |
| VI | - 0.132 | - 0.092 |
| Total | - 0.217 | 0.086 |

* "Tau" de Kendall

Tabla 16

Correlación entre puntajes totales y por estadio en voluntarios sanos

| | Tau de Kendall | Correlación parcial de Kendall* |
|-----|----------------|---------------------------------|
| I | 0.463 | 0.434 |
| II | 0.286 | 0.334 |
| III | 0.503 | 0.492 |
| IV | 0.540 | 0.508 |
| V | 0.487 | 0.473 |
| VI | 0.598 | 0.588 |

* controlado para edad

Tabla 17
 Correlación entre puntajes totales y por estadio en pacientes del DIF

| | Tau | Correlación parcial ₁ | Correlación parcial ₂ |
|-----|-------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| I | 0.449 | 0.443 | 0.415 |
| II | 0.486 | 0.492 | 0.452 |
| III | 0.492 | 0.491 | 0.456 |
| IV | 0.555 | 0.557 | 0.572 |
| V | 0.400 | 0.394 | 0.400 |
| VI | 0.303 | 0.314 | 0.267 |

1: Tau de Kendall controlado para edad.
 2: Tau de Kendall controlado para juicio clínico.

Tabla 18

Diagnósticos psiquiátricos por grupo de edad en la población del DIF

| Edad | n | Problemas de conducta | Bajo rendimiento escolar | Depresión | Crisis de adolescencia | Epilepsia | Retardo en el desarrollo somático |
|---------|---|-----------------------|--------------------------|-----------|------------------------|-----------|-----------------------------------|
| 13 | 9 | 56% | 22% | - | - | - | 22% |
| 14 | 3 | 100% | - | - | - | - | - |
| 15 | 7 | 33% | 16% | 16% | 16% | - | 16% |
| 16 | 7 | 28% | 14% | - | - | 28% | 28% |
| 17 y 18 | 5 | 20% | - | - | 40% | 20% | 20% |

Tabla 19

Confusión del yo según Juicio Clínico por grupo de edad
en los pacientes psiquiátricos

| Edad | n | Juicio Clínico | | |
|---------|---|----------------|-----|-----|
| | | 1* | 2* | 3* |
| 13 | 9 | 11% | 55% | 33% |
| 14 | 3 | 33% | 33% | 33% |
| 15 | 7 | 14% | 28% | 57% |
| 16 | 7 | 28% | 42% | 28% |
| 17 y 18 | 5 | 20% | 60% | 20% |

* 1 = leve, 2 = moderada, 3 = severa.

Tabla 20

Correlación entre el Juicio Clínico y los puntajes totales
por estadio en pacientes del DIF

| | Tau | Correlación parcial* |
|-------|---------|----------------------|
| I | - 0.213 | - 0.257 |
| II | - 0.224 | - 0.221 |
| III | - 0.239 | - 0.256 |
| IV | - 0.022 | - 0.021 |
| V | - 0.095 | - 0.122 |
| VI | - 0.183 | - 0.168 |
| Total | - 0.284 | |

* Tau de Kendall controlado por edad.

CAPITULO IV

DISCUSION

DISCUSION

Los resultados del presente estudio indican que la versión de la escala de Rasmussen que se utilizó parece no evaluar el mismo cortejo de fenómenos que los psiquiatras, cuando evalúan la identidad del yo. Por un lado, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes totales de la escala, ni por estadio, entre los sujetos que fueron clasificados por el psiquiatra con grados distintos de confusión del yo; y, por el otro, la correlación paramétrica entre los grados de severidad de confusión del yo y los puntajes obtenidos en la escala fue bastante baja, aún cuando se controló para la edad de los individuos. Este hecho podría estar determinado por varios factores, a continuación se abordarán aquellos que, a nuestra manera de ver, podrían ser los más relevantes.

Indiscutiblemente, la baja correlación encontrada entre el juicio clínico y los puntajes obtenidos en la escala, en el grupo de pacientes, podría obedecer a factores inherentes al juicio clínico.

Se tuvo especial cuidado en reclutar, para el estudio, a psiquiatras con un sólido entrenamiento formal y amplia experiencia en el manejo de adolescentes, de tal manera que la capacidad profesional de los evaluadores no fuese una fuente de error. Además, todos ellos laboraban en la misma institución lo cual permite inferir, hasta cierto punto, una uniformidad en la realización de las evaluaciones. Sin embargo, a pesar de que estaban enterados de la naturaleza del instrumento (ya que se les explicó detalladamente el proyecto y participaron, de menos algunos, como jueces de la traducción) es probable que en sus

evaluaciones utilizaran marcos de referencia propios. Es decir, en contraste con la escala, que se limita a explorar identidad del yo en el contexto de la teoría de Erikson, los clínicos toman elementos de ésta y otras aproximaciones al mismo fenómeno para efectuar sus evaluaciones. Las correlaciones entre la severidad de la confusión del yo evaluada clínicamente y los puntajes totales de la escala (Tabla 20) siguen la dirección esperada: a mayor confusión menor puntaje (signo negativo); sin embargo, la varianza explicada es apenas de alrededor del 9% para los puntajes totales. En otras palabras, ambos métodos de evaluación tienen en común menos del 10%.

Tampoco el análisis de varianza indicó que los dos métodos de evaluación se refieran al mismo fenómeno. Se esperaba que existieran diferencias en los puntajes totales de la escala entre los grupos diagnósticos; es decir, que aquellos sujetos que fueran clasificados por el clínico con una mayor confusión (severidad 3) obtuvieran puntajes significativamente inferiores en la escala que aquellos clasificados con un grado de severidad leve, sin embargo esto no sucedió. Pudiera suponerse que este hallazgo está determinado porque no se realizó un ajuste para la edad; pero, la correlación múltiple de Kendall (Tabla 20) mostró que la influencia de esta variable es muy pobre. Estos resultados deben ser tomados con cautela ya que, desgraciadamente, el número de pacientes evaluados fue bajo y, por tanto, la potencia del análisis de varianza efectuado fue baja (alrededor de 0.30) aunque, como ya se señaló, los resultados del análisis de correlación apuntan en el mismo sentido.

Debido a limitaciones de equipo de cómputo fue imposible someter a un análisis factorial los datos y únicamente fue factible calcular las correlaciones interreactivo para cada estadio. Esta aproximación mostró que, en general, las correlaciones entre los reactivos de cada estadio es sumamente baja. De hecho sólo unas cuantas son superiores al intervalo de confianza correspondiente al número de sujetos que participaron en cada grupo. Nuevamente, es necesario aclarar que el reducido número de sujetos estudiados influye importantemente en este hallazgo.

Las correlaciones entre los puntajes obtenidos en cada estadio con el puntaje total oscilan entre 0.286 y 0.598 con un promedio de 0.48 que explica el 23% de la varianza en los voluntarios sanos. En los pacientes, la correlación promedio fue de 0.45 explicando el 20% de la varianza. Cuando se toma en cuenta la edad las correlaciones no mejoran significativamente como se puede notar en las Tablas 16 y 17. Llama particularmente la atención que la correlación entre los puntajes obtenidos en los reactivos correspondientes a la VI crisis sea la más alta en el grupo de voluntarios sanos (0.598) ya que teóricamente los sujetos evaluados no la han alcanzado. En contraste, en los pacientes del DIF esta correlación fue la más baja (0.303). Parece que, a final de cuentas, la contribución de cada uno de los estadios al puntaje total es muy similar cuando teóricamente se esperaba que al menos la del estadio VI fuese particularmente escasa. Por otro lado, según las formulaciones de Rasmussen se esperaba que los pacientes que cursan con algún grado de confusión del yo deberían evidenciar correlaciones bajas

entre los puntajes del estadio I y las del resto de la escala. Esto tampoco fue encontrado en nuestro estudio ya que las correlaciones entre este estadio y los puntajes totales fue de 0.449 para los pacientes del DIF y de 0.463 para los voluntarios sanos cuando teóricamente esperabamos que fuesen significativamente distintas.

Sin embargo, el ANOVA mostró que los pacientes obtuvieron puntajes totales significativamente menores que los voluntarios sanos; los estadios que contribuyeron a estas diferencias fueron el I, el II y el VI. Es decir, conforme a lo esperado los pacientes del DIF tuvieron un desempeño inferior a los voluntarios sanos en la ejecución de la prueba sugiriendo que ésta podría tener alguna utilidad clínica. Aunque los voluntarios sanos no fueron entrevistados por un clínico para asegurarse que no cursaban con una confusión del yo significativa, ninguno de los sujetos refirió problemas académicos y/o familiares que orientaran en ese sentido. Debe señalarse que la variable nivel socioeconómico no estuvo controlada y que, en general, los voluntarios precedían de la clase media alta en tanto que los pacientes de la clase media baja y baja; dado que esta característica está asociada al tipo de educación, tanto formal como informal, no puede descartarse que las diferencias encontradas obedezcan a factores culturales.

Puesto que no existió ni una correlación significativa entre la severidad de confusión del yo evaluada clínicamente y los puntajes de la escala, ni diferencias significativas entre los puntajes de cada grupo de severidad, se consideró que era

inadecuado tratar de establecer un punto de corte que permitiera identificar a aquellos sujetos con alteraciones en la variable estudiada.

En cuanto a la relación entre la edad y el grado de confusión del yo, ni las correlaciones calculadas, ni el ANOVA por grupo de edad evidenció una relación significativa. Protinsky (24) reportó una relación entre ambas variables. La discrepancia con los resultados de este estudio puede obedecer al rango de edades utilizadas. Protinski (24) comparó un grupo de adolescentes tempranos (13-14 años de edad) con uno de adultos jóvenes (19-24 años) encontrando diferencias altamente significativas. En el presente estudio el rango de edad fue de 13 a 18 años, el razonamiento que se siguió fue que la resolución de las crisis no es un fenómeno brusco sino paulatino y graduado y que los adolescentes obtendrían mayores puntajes conforme avanzaran en la resolución de la misma de acuerdo a su edad. De hecho, Constantinople () reportó cambios significativos año por año entre estudiantes de preparatoria. Como ya se ha mencionado con ninguna de las muestras del presente estudio se evidenciaron este tipo de diferencias, la razón no queda clara. Tomando este hecho, en conjunto con las bajas correlaciones interreactivo por estadio y la ausencia de diferencias detectables entre los distintos grados de confusión del yo, sugiere que la traducción utilizada no posee todavía las características óptimas para utilizarse en el terreno clínico. Es necesario aumentar el número de aplicaciones, especialmente voluntarios sanos y efectuar un análisis más complejo que evalúe con mayor profundidad la consistencia interna del instrumento. También, sería

deseable realizar un estudio de validez concurrente con otras escalas, desgraciadamente no se cuenta con instrumentos en español que pudieran cumplir esta función. Asimismo valdría la pena repetir el presente diseño con el instrumento mejorado y con un número mayor de pacientes.

ANEXO 1

(Versión final de la traducción al castellano de
la Escala de Identidad del Yo de Rasmussen).

1. Me molesta tener que dejar de hacer lo que a mí me gusta para poder lograr alguna meta que tenga que cumplir o por algo que deseo en el futuro.
2. Siento que nadie me entiende.
3. Tengo temor a que me pregunten en clase por lo que puedan pensar de mí los demás si no sé la respuesta correcta.
4. Trabajar es un mal necesario que se tiene que tolerar para poder comer.
5. No debo preocuparme por las decisiones que ya he tomado.
6. Generalmente la gente es honesta con los demás.
7. Por lo que me han dicho soy una persona con la que se puede hacer plática fácilmente.
8. Cuando me dan un trabajo trato de no involucrarme tanto como para perder la visión de las oportunidades que pueden venir.
9. Hago mejor las cosas cuando sé que mi trabajo va a ser comparado con el de otros.
10. Puedo evitar a la gente que sé que me puede meter en problemas.
11. Cuando trabajo, generalmente me aburro sin importar qué tipo de actividad sea.
12. No me preocupa si cometo algún error enfrente de mis amigos.
13. Las decisiones que he tomado generalmente han sido las correctas.
14. A pesar de que en ocasiones me siento muy seguro de las cosas, nunca le demuestro a la gente como me siento.
15. Generalmente después de haber hecho algo me preocupo de si lo que hice fue lo correcto.
16. Estoy seguro de que tendré éxito en la vida cuando me decida por una carrera.
18. No tengo ningún plan o meta definida para el futuro, estoy contento de que en mi trabajo decidan lo que tengo que hacer.
19. Nunca me divierto cuando participo en grupos sociales o en actividades estudiantiles.
20. Si me descuido la gente trata de tomar ventaja de mí.

21. Generalmente se puede confiar en la gente.
22. Es raro que yo desee un cuerpo o una cara distinta.
23. Podría triunfar en la vida si fuese mejor parecido.
24. Los jóvenes deben de tomar sus propias decisiones, aunque los padres no estén de acuerdo con las cosas que hacen.
25. No es difícil concentrarte en algo si realmente lo tienes que hacer.
26. No puedo decidir que es lo que realmente quiero en la vida.
27. Cuando creo que la gente no va a estar de acuerdo conmigo me es difícil dar mi opinión en el grupo.
28. Aunque siempre estoy trabajando, parece que hago menos que otros, aunque ellos no trabajen tan duro como yo.
29. Tengo por lo menos un amigo íntimo con el que puedo compartir lo que pienso y siento.
30. No creo que mi apariencia, ni mi manera de ser sean un obstáculo para que yo salga adelante.
31. Aún cuando yo hago un trabajo, siento que la gente no se da cuenta o no me dan crédito por éste.
32. Una de las cosas más difíciles de vencer para que un joven salga adelante son sus antecedentes familiares.
33. La mejor parte de mi vida aún está por venir.
34. Generalmente, puedo sostener mis ideas en un grupo sin desconcertarme.
35. Tengo la facilidad para hacer que otras personas se sientan bien y disfruten en una fiesta.
36. No puedo decir que no, cuando pienso que el grupo está haciendo algo que no está bien.
37. No tener amigos íntimos es peor que tener enemigos.
38. No estoy seguro en que me gustaría trabajar el resto de mi vida, pero si tengo metas o planes a corto plazo.
39. Es más fácil hacer amistad cuando las personas no saben mucho de tu vida.
40. No me gustan los deportes o juegos en los que se tiene que hacer mejor papel que el contrario.

41. Es difícil encontrar personas en las que puedas confiar.
42. Creo que debo tomar mis propias decisiones en cosas importantes, ya que nadie puede vivir mi vida por mí.
43. Una persona necesita estar con otras para sentirse bien sin necesidad de intimar con ellas.
44. Me siento orgulloso de mis antecedentes familiares.
45. No puedo concentrarme en una sola cosa.
46. Es buena idea tener algún plan para el futuro, aún cuando en el presente tengas muchas cosas que hacer.
47. En los últimos años he tomado poca o ninguna participación en actividades de grupo, en clubs o deportes.
48. Me he dado cuenta que con las personas con quien trabajo por lo regular no aprecian o no parecen entender mis habilidades.
49. Por alguna razón no he podido conocer realmente a las personas con las que he trabajado, aún cuando me cayeran bien.
50. Me gusta ser como soy.
51. No puedo esperar por las cosas que realmente quiero.
52. Una persona es más feliz si no se acerca a otras.
53. Aunque trate, generalmente me es muy difícil poder concentrarme en una tarea o en un trabajo.
54. Una de las cosas buenas de ser un adolescente, es juntarse con un grupo que realiza sus cosas como un equipo y que es establecen sus propias reglas.
55. Cuando realizo un trabajo nunca hago nada más allá del mismo.
56. Mi forma de hacer las cosas se presta para que sea mal interpretado por otros.
57. Una persona se ha perdido de mucho si durante su juventud no ha sido miembro de un grupo o un club.
58. Cuando pienso en el futuro siento que he perdido las mejores oportunidades para triunfar.
59. Me gustan los trabajos difíciles porque me da mucha satisfacción el terminarlos.
60. Siempre estoy ocupado y aunque me apuro nunca veo que llegue a algún lado.

61. Es muy importante que tus padres aprueben todo lo que tú haces.
62. No me importa cuando mis amigos ven que yo no puedo hacer ciertas cosas tan bien como otros.
63. Como una regla, nunca me lamento de las decisiones que tomo.
64. Me siento seguro de lo que tengo que hacer en el futuro y tengo metas definidas.
65. No tengo problemas para concentrarme en lo que estoy haciendo.
66. Una persona no puede ser feliz en un trabajo en el que está siempre compitiendo con otras.
67. Siento que he perdido la oportunidad de ser feliz en la vida.
68. Si una persona quiere algo que valga la pena deberá tener paciencia para esperar por ello.
69. En mi casa, durante mi tiempo libre disfruto de actividades en las que tengo que competir con otros.
70. Nunca tomo una decisión importante si no tengo la ayuda o consejo de mi familia.
71. Es mejor quedarse callado, que darle a la gente la oportunidad de que te escuchen cometer un error.
72. Pierdo el interés en las cosas cuando tengo que esperar mucho tiempo para obtenerlas.

EGO IDENTITY SCALE KEY

Answer Sheet

| Name | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|------|-------|--------|----------|-------|----------|-----|---|----------|--|
| | | Last | First | Middle | | | | | | | |
| Agree | Disagree | | | Agree | Disagree | Agree | Disagree | | | Disagree | |
| 1. | X | | | 25. | X | | | 49. | | X | |
| 2. | X | | | 26. | | X | | 50. | X | | |
| 3. | X | | | 27. | | X | | 51. | | X | |
| 4. | X | | | 28. | | X | | 52. | | X | |
| 5. | X | | | 29. | X | | | 53. | | X | |
| 6. | X | | | 30. | X | | | 54. | X | | |
| 7. | X | | | 31. | | X | | 55. | | X | |
| 8. | X | | | 32. | | X | | 56. | | X | |
| 9. | X | | | 33. | X | | | 57. | X | | |
| 10. | X | | | 34. | X | | | 58. | | X | |
| 11. | | X | | 35. | X | | | 59. | X | | |
| 12. | X | | | 36. | | X | | 60. | | X | |
| 13. | X | | | 37. | X | | | 61. | | X | |
| 14. | | X | | 38. | X | | | 62. | X | | |
| 15. | | X | | 39. | | X | | 63. | X | | |
| 16. | X | | | 40. | | X | | 64. | X | | |
| 17. | | X | | 41. | | X | | 65. | X | | |
| 18. | | X | | 42. | X | | | 66. | | X | |
| 19. | | X | | 43. | | X | | 67. | | X | |
| 20. | | X | | 44. | X | | | 68. | X | | |
| 21. | X | | | 45. | | X | | 69. | X | | |
| 22. | X | | | 46. | X | | | 70. | | X | |
| 23. | | X | | 47. | | X | | 71. | | X | |
| 24. | X | | | 48. | | X | | 72. | | X | |

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente acepto participar en la investigación "Intento de validación de una escala estructurada para cuantificar grados de confusión del yo", la cual se me ha explicado en detalle; sé que responderé un cuestionario y que se me realizará una entrevista. Estoy enterado que la información que proporcionaré es confidencial y que puedo negarme a participar en el momento que lo desee sin que esto ocasione ningún perjuicio en mi atención.

nombre del paciente

firma

fecha

nombre del investigador

firma

fecha

testigo

ANEXO 3

REFERENCIAS

1. Erikson citado por Rasmussen, J. E.: "Relationship of ego identity to psychosocial effectiveness" (abstract). *Psychol Rep* 15:815-824, 1961.
2. Erikson, E.: "Identidad, Juventud y Crisis". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969 pág. 130.
3. Rasmussen, J. E.: An experimental approach to the concept of ego identity as related to character disorder. Unpublished doctoral dissertation, The American University.
4. Gesell, A.: El adolescente de 10 a 16 años. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
5. Blos, P.: Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1971 pág. 109.
6. Mead, M. citada por Yehuda: "La adolescencia ¿progresión o mutación social?". Memoria del Primer Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. IMPPA, México, 1981, pág. 187.
7. Olmedo, R. y Olmedo, S.: "¿Existe la adolescencia?". Memoria del Primer Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. IMPPA, México, 1981 págs. 19-21.
8. Labra, A.: "¿Existe la adolescencia?". Memoria del Primer Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. IMPPA, México, 1981 págs. 19-21.
9. Moreno de los A.: "¿Existe la adolescencia?". Memoria del Primer Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. IMPPA, México, 1981 págs. 38-39.
10. Débesse citado por Gerstle, F. y Mazet: "La crise psychologique d l'adolescence". *Rev Practicien*, 36:853-857, 1986.
11. Erikson, E.: "Identidad, Juventud y Crisis". Ed. Paidós, Buenos Aires 1969 págs. 135-148.
12. Drummond, W. J.: "Adolescents and identity development in eig sen" (abstract) *Delta* 30:27, 1982.
13. Onyehalu, A.: "Identity crisis in adolescence" (abstract). *Adolescence* 16:629, 1981.
14. Nikolic, S.: "Adolescenciija: identitet i konstitucija selfa" (resumen) *Socijalna psihijatrija* 10:3, 1982.
15. Jacobson citado por Grinberg, L. y Grinberg, R.: "Psicopatología de la identidad en el adolescente" en La identidad en el adolescente; José Bleger y col. (ed) Paidós, Buenos Aires, 1973 pág. 43.

16. Grinberg, L. y Grinberg, R.: "Psicopatología de la identidad en el adolescente" en La identidad en el adolescente; José Bleger y col. (ed) Paidós, Buenos Aires 1973 págs. 43-44.
17. Erikson, E. citado por Freedman, A. y Kaplan, H.: Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat, Barcelona, 1979 pág. 128.
18. Erikson, E.: "Identidad, Juventud y Crisis". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1969.
19. Matza citado por Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B.: Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat, Barcelona, 1979 pág. 662.
20. Michael, J. J. citado por Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B.: Compendio de Psiquiatría Ed. Salvat, Barcelona, 1979 pág. 662.
21. Dignan, H.: "Ego identity and maternal identification". J Personal Soc Psychol 5:476-483, 1965.
22. Archer citado por Protinsky, H. y Wilkerson, J.: "Ego identity, egocentrism and formal operations". Adolescence 82:461-466, 1986.
23. Rasmussen, J.: "Relationship of ego identity to psychosocial-effectiveness". Psycholo Rep 15:815-824, 1961.
24. Protinsky, H.: "Ego identity in adolescents". Adolescence 17:133-136, 1982.
25. Anderson, S.: "Late adolescents' home-leaving strategies: predicting ego identity and college adjustment". Adolescence 82:453-458, 1968.