

280
24.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

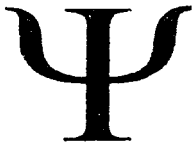
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES CON
TRASTORNOS AFECTIVOS Y TRASTORNOS
DE CONDUCTA.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PERLA MARÍA VILLA POLA**

**DIRECTOR DE TESIS: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.
ASESOR ESTADISTICO: MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD.
PSIC. AURORA AYALA NUÑEZ.**



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido contar con salud y perseverancia para estudiar ésta profesión y lograr en éste momento una de las metas más importantes en mi vida.

*A mis padres y hermanas por confiar en mí y apoyarme siempre.
En especial le agradezco a mis hermanas y sobre todo a mi madre las palabras de comprensión y apoyo que me han brindado incondicionalmente en todo momento, disfrutando conmigo los éxitos y sufriendo también los fracasos. Por todo ésto y más, les doy mil gracias.*

Al proyecto para optimizar la profesionalización del Psicólogo Clínico, a sus coordinadoras Bertha Blum y Eva Esparza Meza por su gran disposición y apoyo.

A la Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo por el tiempo que dispuso para asesorar y revisar éste trabajo, y a la Mtra. Martha Cuevas Abad por su asesoría en la parte estadística.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con un particular reconocimiento al Dr. Héctor Rodríguez jefe de la Clínica de Adolescencia por su permanente cooperación y apoyo.

Al programa de Beca Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación por el apoyo económico recibido.

A la Unidad de Cómputo, Informática e Instrumentación , a Aurora Ayala Núñez por su apoyo en la estadística.

Al Dr. Agustín Serrano por su gran capacidad personal y profesional gracias a la cual debo en parte la dicha de ver y disfrutar éste momento.

A todas aquellas personas que siempre estuvieron apoyándome y dándome ánimos para continuar adelante, Gracias.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
 Capítulo I "ADOLESCENCIA"	
1.1 Conceptos.....	4
1.2 Fases de desarrollo en la adolescencia.....	8
1.3 Cambios en la adolescencia.....	11
1.4 Adolescentes de 13,14 y 15 años.....	19
 Capítulo II "AUTOESTIMA"	
2.1 Conceptos.....	25
2.2 Posturas teóricas	29
2.3 Formación y desarrollo de la autoestima.....	35
2.4 Autoestima en la adolescencia.....	40
2.5 Niveles de autoestima	43
2.6 Investigaciones sobre autoestima.....	49
 Capítulo III "PSICOPATOLOGIA EN LA ADOLESCENCIA"	
3.1 Antecedentes de la psiquiatría infantil y del adolescente.....	54
3.2 Criterios de normalidad y conductas desadaptadas.....	55
3.3 Dificultades diagnósticas en la adolescencia.....	60
3.4 Salud mental en los adolescentes.....	62

3.5 Trastornos afectivos.....	64
3.6 Trastornos de conducta	74
3.7 Trastornos adaptativos.....	85
3.8 Comorbilidad.....	88
Capítulo IV "METODO".....	91
Capítulo V "RESULTADOS".....	104
Capítulo VI "DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	117
Capítulo VII " LIMITACIONES Y SUGERENCIAS".....	123
BIBLIOGRAFIA.....	125
ANEXO 1	130
ANEXO 2	134

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad establecer una comparación del nivel de autoestima entre adolescentes con Trastornos afectivos, Trastornos de Conducta y sin un Trastorno Psicológico específico, con el objetivo de encontrar si existían diferencias en la autoestima entre éstos adolescentes. Con esto también se pretendió observar si dicho nivel de autoestima fué resultado de la presencia de una patología específica durante ésta etapa de la vida.

La población del estudio estuvo constituida por una muestra de 42 adolescentes, hombres y mujeres entre los 13 y los 15 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio y bajo, de escolaridad secundaria. Se formaron tres grupos de 14 adolescentes cada uno.

Ventiocho de los adolescentes fueron pacientes de la Clínica de la Adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", 14 de ellos tuvieron un diagnóstico de Trastorno Afectivo (Grupo 1), y los otros 14 adolescentes con un diagnóstico de Trastorno de Conducta (Grupo 2).

Los 14 adolescentes restantes fueron aquellos individuos que no presentaron un Trastorno Psicológico específico (Grupo 3), es decir, que al parecer no presentaron alteraciones psicológicas significativas, detectadas a partir de un cuestionario exploratorio, la muestra fué obtenida de una escuela secundaria pública.

Para recopilar la información se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

El análisis de los resultados se realizó con el paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), empleando estadística descriptiva y no paramétrica con pruebas como el Análisis de varianza y la prueba Scheffé.

A partir de los análisis efectuados se encontró que no existen diferencias estadísticas significativas entre los adolescentes varones, entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres, y entre los adolescentes de 13, 14 y 15 años de edad. Mientras tanto sí se observaron diferencias con respecto al análisis de las áreas, entre los 3 grupos de la muestra total en el área Social y entre las adolescentes mujeres en el área de Deseabilidad Social.

En términos generales, considerando los datos encontrados, se concluye que la ausencia de diferencias significativas entre los grupos de adolescentes de ésta investigación indica que el nivel de autoestima no está determinado por la existencia de una patología específica sino que es resultado de los cambios que se producen durante la adolescencia. Lo anterior señala que éstos adolescentes comparten las características propias de este período del desarrollo independientemente de la presencia o ausencia de una patología específica.

INTRODUCCION

La autoestima es un atributo de la personalidad que posee una especial importancia en la vida de todo individuo conceptualizada como un juicio personal de valor que expresa la actitud de aprobación o desaprobación que cada quien mantiene acerca de sí mismo.

Durante la adolescencia la autoestima presenta más cambios y fluctuaciones en comparación con otros períodos del desarrollo dado que se producen en el individuo una serie de cambios físicos, intelectuales, psicológicos y sociales que marcan el paso de la niñez a la edad adulta. Estas modificaciones llevan consigo una importante reestructuración de la imagen y el concepto que el adolescente tiene de sí mismo, viéndose afectada por lo tanto la valoración que éste hace de su propio aspecto físico, de sus habilidades y capacidades personales.

En los inicios de la Psicología el concepto de autoestima no estaba tan definido como en la actualidad, y más bien se refería a los orígenes del sí mismo y a las percepciones del Yo. Algunos autores como James, Adler, Rogers y Allport consideraban a la autoestima (aunque no la definían como tal) un importante factor dentro del desarrollo psicológico de los individuos. Otros autores más como Lindgren, Rosemberg, Bednar y particularmente Coopersmith abordan ya a la autoestima como la parte central de sus teorías.

Considerando que Coopersmith fué uno de los autores que desarrolló de manera más sistemática una teoría sobre el origen y antecedentes de la autoestima y además que elaboró un instrumento específico para medir la autoestima en niños, adolescentes y adultos, se toman para la presente investigación tanto las aportaciones como el instrumento de éste autor quien define a la autoestima como "la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto hacia sí mismo. Es una expresión subjetiva del valor personal que el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresivas abiertas".

Respecto a las investigaciones que se han realizado sobre el tema existen relativamente pocos estudios sobre autoestima en la adolescencia, algunos de ellos abordan algunos aspectos como autoestima y control parental

(Blugerman,1985), autocritica y necesidad de afecto (Aguilar,1989), autoestima e identidad (Salahu,1994), autoestima y evaluación de la salud(Rivas et.al 1995), y la relación entre autoestima y salud mental(Montt y Ulloa.1996) .

En relación precisamente con la salud mental, si bien la literatura clínica menciona consistentemente la asociación entre la baja autoestima y algunos trastornos psicológicos(en especial la depresión),no se han realizado investigaciones que estudien con más detalle éste aspecto y particularmente en la adolescencia.

Precisamente partiendo de la observación directa de los pacientes adolescentes que acuden a la Clínica de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr.Juan N.Navarro" se encontró que efectivamente los pacientes presentaban autodevaluación,poca confianza en sí mismos e inseguridad como elementos de una baja autoestima.

Es así como surge en gran parte el interés por estudiar la autoestima en los adolescentes con distintos trastornos psicológicos.principalmente los trastornos afectivos y los trastornos de conducta ya que son éstos los padecimientos que presentan la mayor incidencia en ésta población.El objetivo fué encontrar si existen diferencias en la autoestima entre dichos adolescentes y los que no presentan un trastorno psicológico específico y además observar si la autoestima es resultado de la presencia de una patología específica o no.

En base a éstos objetivos, en los capítulos posteriores se realiza la revisión de los siguientes aspectos: Características específicas de la adolescencia, Definiciones y teorías más importantes que abordan el estudio de la autoestima,y la psicopatología propia de la adolescencia considerándose especialmente los trastornos afectivos,los trastornos de conducta y los trastornos adaptativos.

La presente investigación,por lo tanto,pretende aportar mayor información con respecto al papel tan importante que juega la autoestima en el proceso de desarrollo de la adolescencia,en tanto durante en éste período se cimentan las bases para una adecuada adaptación y funcionamiento del individuo en la vida adulta.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

1.1 CONCEPTOS

La adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre ya que constituye una etapa decisiva para el proceso de desprendimiento e independencia.

Este proceso atraviesa por tres etapas fundamentales a lo largo de la vida: la primera es el nacimiento , la segunda surge al final del primer año de vida con el desarrollo del lenguaje, la bipedestación y la marcha , y la tercera aparece en el momento de la adolescencia .

La adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y los 20 años de edad: comienza con los cambios puberales(10 a 15 años)y finaliza al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológicos.La fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos que incluyen un rápido crecimiento del cuerpo,la osificación de los huesos,cambios hormonales y la aparición de las características primarias y secundarias sexuales,al igual que las reacciones psicológicas que traen aparejadas éstos cambios(Mc.Kinney,1982).

La juventud comprende el periodo entre los 14 y 25 años de edad y es una categoría sociológica caracterizada por que los jóvenes asumen con plenitud sus derechos y responsabilidades sociales.

Según Horrocks(1984) existen varios conceptos que definen el periodo de la adolescencia y que se presentan a continuación:

- 1.La adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo,intenta poner a prueba sus conceptos ramificados del Yo en comparación con la realidad y trabaja gradualmente hacia la autoestabilización que caracterizará su vida adulta.Durante éste periodo el

joven aprende el rol personal y social que con más probabilidad se ajustará a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.

2. La adolescencia es una época de búsqueda de estatus como individuo: la sumisión infantil tiende a emanciparse de la autoridad paterna y, por lo general existe una tendencia a luchar contra aquellas relaciones en las que el adolescente queda subordinado debido a su inferioridad en edad, experiencia y habilidades. Es este período en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y se lucha por la independencia económica.

3. La adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren mayor importancia. En general el adolescente está muy ansioso por lograr su estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos, desea conformar sus acciones y estándares a los de sus iguales. También es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades.

4. La adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo. Durante este tiempo se alcanza la madurez física.

5. La adolescencia es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica. La persona encuentra que debe ajustarse a un creciente número de requisitos académicos e intelectuales. Se le pide que adquiera muchas habilidades y conceptos que le serán útiles en el futuro, pero que ha menudo carecen de un interés inmediato. Es una época en la que el individuo adquiere experiencia y conocimientos en muchas áreas e interpreta su medio ambiente a la luz de esa experiencia.

6. La adolescencia tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores. La búsqueda de valores de control es muy importante, ya que en torno a éstos la persona puede integrar su vida, y va acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona en concordancia con dichos ideales. Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

En éste trabajo se considera la definición de adolescencia de Barrera Moncada(1978)que la concibe como "un periodo del desarrollo del ser humano durante el cual se realizan una serie de cambios o de integraciones biopsicosociales suficientes y necesarias como para que el niño se transforme y asuma el papel de adulto integrado a la sociedad."

Uno de los primeros estudiosos del periodo adolescente fué el psicólogo Stanley Hall(1904), el cual describió el desarrollo sexual,social,intelectual y emocional de los adolescentes.Para éste autor la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión(estrés) y por la aflicción.

Hay otros autores que concuerdan con el punto de vista de Hall,uno de ellos Kiell(1964),afirma que la agitación en los adolescentes es universal y que sólo moderadamente influyen en ella los factores culturales.

Barnet(1970)sostiene también que la adolescencia es un proceso de desarrollo generador de ansiedad,que en el mejor de los casos produce sólo dificultades de ajuste,y en casos extremos incluso vivencias traumáticas.

Otros autores opinan que si bien la adolescencia contiene cierto potencial de problemas y reacciones de estrés,las circunstancias personales y culturales pueden servir como paliativo a las presiones internas y externas.

Estos puntos de vista tienen también sus adversarios,como Albert Bandura(1964)quien sostiene la idea de que la adolescencia no es el periodo necesariamente tormentoso que algunos mencionan,sino que son los adultos quienes han prestado demasiada atención a las señales superficiales de la incomodidad de los jóvenes.Afirma que son también los medios de comunicación los que han destacado drásticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos son los que se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta.

El psicoanálisis inició sus estudios sobre adolescencia con los estudios de Freud sobre sexualidad(Tres ensayos sobre una Teoría Sexual,1905), seguidos por un artículo de Ernest Jones titulado "Algunos problemas de la adolescencia"(1948),y con las obras de Aichhorn(1935), Bernfeld(1938) y Anna Freud(1958).

Sigmund Freud(1905) consideraba que las principales preocupaciones del desarrollo de la adolescencia son por una parte el establecimiento de una

individualidad firme, es decir, un sentido del Yo o una identidad del Ego, y por otra parte, la integración en la fase puberal de los impulsos sexuales y agresivos.

En épocas más recientes Aberastury (1978) hace referencia al concepto de simbiosis para explicar el proceso de la adolescencia, considera que el conflicto básico de la crisis adolescente es la elaboración del vínculo de dependencia simbiótica, la remoción de sus relaciones objetales previas. El vínculo simbiótico que el sujeto mantiene con sus objetos es en sí mismo inestable, cuya resolución o desimbiotización pasa a veces por momentos críticos que pueden dar origen a diversas manifestaciones patológicas, pero que en situaciones normales da lugar a un enriquecimiento del Yo y de la identidad.

Analizando tales posturas se observa que aunque distintas, aportan elementos importantes que resultan útiles para entender el período de la adolescencia: por un lado considerar que efectivamente ésta etapa como tal trae cierto cúmulo de tensión y estrés derivados de los múltiples cambios que ocurren, y por otro lado también tomar en cuenta que la forma como se enfrentan e interpretan éstos eventos está condicionada a su vez por el aprendizaje que se da en la familia y en el medio ambiente sociocultural.

Havighurst (1956) observa que hay 3 fuentes de tareas del desarrollo para cualquier grupo de personas: a) maduración física, b) expectativas y presiones culturales, y c) aspiraciones individuales. Este autor en 1953 enumeró las 10 tareas del período de la adolescencia:

1. Lograr relaciones nuevas y más maduras con personas de la misma edad y de ambos sexos.
2. Conseguir un papel social masculino o femenino que sea aprobado socialmente.
3. Aceptar la psique propia y el uso adecuado del cuerpo, logrando un sentido de sí mismo como una persona que tiene su propio valor.
4. Alcanzar independencia emocional con respecto a los padres y otros adultos.
5. Lograr la seguridad de independencia económica, en el sentido de que la persona sienta que pueda mantenerse por sus propios medios si es necesario.
6. Desarrollar las necesarias habilidades académicas y laborales.
7. Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.

8.Desarrollar conceptos y habilidades intelectuales necesarias para la competencia cívica.

9.Conseguir un comportamiento socialmente responsable.

10.Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta.

Según este autor aún cuando la adolescencia no sea necesariamente un periodo de tensión y aflicción para todos los individuos,ciertamente es un periodo durante el cual el individuo establece su propia identidad,y en el caso de algunos adolescentes ésta se logra a través del conflicto(Horrocks,1984).

Según la Organización Mundial de la Salud, éstas metamorfosis de la adolescencia se realizan en varias subetapas que se traslapan entre sí: la fase peripuberal(o adolescencia inicial)de los 10 a los 14 años, la fase pospuberal(o adolescencia propiamente dicha)de los 14 a los 17 años,y la fase juvenil inicial(o adolescencia tardía)de los 17 a los 20 años.

1.2 FASES DE DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

Adolescencia Inicial (10 a 14 años).

Esta etapa desencadenada por los cambios biológicos de la pubertad, con la consiguiente metamorfosis corporal ,es vivida como la irrupción de elementos irracionales y extraños en la vida emocional del niño.La niña en especial fluctúa en su estado de ánimo por los cambios en niveles hormonales que se acentúan alrededor de las menstruaciones(síndrome de tensión premenstrual); y por otra parte el cambio en el aspecto externo que puede preocupar sobremanera a la adolescente.

En el caso del varón,la metamorfosis se centra en el aumento de su masa muscular,y por lo tanto de su capacidad de agresión física.Aparece la capacidad de eyacular(espermarquía)que trae aparejadas eyaculaciones nocturnas y conducta masturbatoria que a su vez origina frecuentes sentimientos de culpa vinculados con factores familiares y normas religiosas. Otro elemento importante en ésta etapa es el desarrollo cognoscitivo en el que se avanza desde el pensamiento lógico concreto del inicio de la edad escolar al pensamiento operatorio metódico.Este pensamiento se orienta hacia lo

posible y procede a contrastar sistemáticamente las alternativas de solución de un problema.

Esencialmente hipotético-deductivo éste tipo de pensamiento se libera de la realidad concreta inmediata y se adentra en el terreno de lo abstracto y de las operaciones simbólicas; permite entonces la construcción de sistemas y teorías, y la adopción de actitudes críticas frente a la realidad.

Al despertar emocional e intelectualmente, el adolescente siente fascinación por ideales e ideologías que a veces adopta con fanatismo, con arreglo a su nivel intelectual y educacional.

En el plano de las relaciones interpersonales, comienzan en ésta época los primeros entusiasmos por otros, a veces del mismo sexo, pero generalmente del opuesto. Los ídolos juveniles como cantantes, figuras públicas o maestros, tienden a idealizarse como una elaboración de la relación con el propio progenitor. Puede suceder que la relación con el progenitor del mismo sexo comience a distanciarse y a reorientarse desde la familia hacia las amistades, reorientación que los padres por lo general llegan a tolerar negativamente.

La sexualidad en ésta etapa tiende a sublimarse activamente a través de proezas deportivas o con una activa vida social.

Adolescencia Mediat (14 a 17 años).

En éste período se produce de forma más evidente el distanciamiento afectivo de la familia y el consiguiente acercamiento a los grupos de pares. Esta superación del apego y del control familiares es un paso difícil pero necesario para conocer sin temor el mundo de los adultos y las formas de conducta propias del sexo opuesto.

En ésta fase los adolescentes oscilan entre la rebelión y el conformismo, y como una forma de alejarse de los padres, se visten, hablan y opinan muy distinto de ellos, volviéndose por el contrario extremadamente leales y conformistas ante su grupo de pares siguiendo rigidamente sus modas, expresiones y estilos de relación.

El grupo pasa a compensar la pérdida que representa la separación de los padres y constituye también un lugar donde se exploran costumbres y normas sociales externas a la familia. El grupo controla la conducta de todos sus

miembros para que sea homogénea, el prestigio individual se basa en símbolos (ropas, marcas, objetos) que son valorados por el grupo.

Las actividades de búsqueda del otro sexo son progresivamente más explícitas, y del enamoramiento sentimental o romántico se pasa a las primeras aproximaciones físicas.

El adolescente es más capaz de integrar éstos aspectos porque puede también utilizar algunos mecanismos de defensa más elaborados como fantasear activamente (ensoñación), sublimar impulsos prohibidos en otros socialmente más aceptables o intelectualizar y racionalizar las conductas.

Para alcanzar más autonomía el adolescente se distancia de las opiniones, juicios y valores de los padres con el fin de encontrar los suyos propios.

La represión de la conducta sexual, es superada paulatinamente por el muchacho en ésta etapa, pues se desplaza el foco afectivo y erótico fuera de la familia, hacia personas de su misma edad y del sexo opuesto.

Adolescencia Final (17 a 20 años).

En ésta etapa se concretan los procesos anteriores mediante la consolidación de la identidad del Yo y de la capacidad de intimidad.

La identidad es una continuidad del sí mismo (self) personal en el curso del tiempo, que lo hace diferente tanto de su familia como de sus coetáneos, ésta confiere cierta previsibilidad a las conductas individuales en distintas circunstancias ya sea dentro de la familia, o con respecto al grupo social, formación profesional y laboral, grupo de edad y momento histórico.

En éste periodo la identidad ya pasa a fusionarse con la capacidad de intimidad, la cual se logra posterior a la adquisición de una razonable seguridad en uno mismo y a la capacidad de funcionar autónoma e independientemente.

Únicamente al final de la adolescencia está el adolescente preparado para una relación íntima estable. En los periodos previos predominaba la exploración y la búsqueda, con una mayor presión de los impulsos que buscaban descargarse con un mayor grado de egocentrismo y narcisismo. Ahora, la coparticipación y

la satisfacción del otro se van haciendo gradualmente más importantes, ya no se busca una relación simétrica o complementaria sino su reemplazo por la interdependencia.

El fin de la adolescencia es entonces por un lado, el cierre de éste período de cambios rápidos y de exploración, y por otro, el comienzo de un período de autonomía y realización tanto personal como laboral.

Existen otros puntos de vista en relación a la categorización de la adolescencia por etapas. Para algunos autores como Peter Blos (1941), la duración de cada una de las fases de la adolescencia no puede fijarse por un tiempo determinado o por referencia a una edad cronológica.

Según éste autor el adolescente puede atravesar con gran rapidez las diferentes fases o puede elaborar cada una de ellas en fases interminables, sin embargo de ninguna manera puede desviarse de las transformaciones psíquicas inherentes a cada una de las diferentes fases.

1.3 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

Según Fernández Mouján (1986) durante ésta etapa el adolescente se sitúa frente a tres fenómenos:

- 1) El primero correspondiente al área corporal y se caracteriza por la irrupción de fuertes impulsos de origen hormonal, cambios físicos y confusión en la excitabilidad zonal (oral, anal y genital).
- 2) El segundo fenómeno abarca el área social. El adolescente puede observar ahora una sociedad con roles asignables más libres y un código que es portador de mensajes indirectos para imponer éstos roles, en contraste con el papel social dentro de la familia, donde los roles no son asignables sino definidos en sí mismos y con códigos más directos.
- 3) Y por último el tercer fenómeno corresponde a la mente del adolescente donde éste debe abandonar las identificaciones infantiles y el funcionamiento limitado de la mayoría de las funciones psíquicas.

Como es sabido, todo éste complejo proceso de múltiples cambios por los que tiene que pasar el adolescente al tratar de encontrar el propio sentido de su

vida sin perder la identidad y el contacto con la realidad, trae consigo la sensación de pérdida e inseguridad tan característica del fenómeno del duelo.

Los adolescentes luchan, sufren, se esfuerzan, no sólo a causa de los objetos externos que tienen que ser abandonados y adquiridos, sino también debido a las identificaciones infantiles que tienen que dejar, y a la adquisición de las nuevas que configurarán la identidad adulta. El conflicto no sólo sucede entre cada adolescente y su medio ambiente sino también entre cada generación y su cultura.

Con el duelo se tienen bosquejadas entonces dos tareas fundamentales del adolescente: la lucha por la reconstrucción de su realidad psíquica (mundo interno) y la lucha por la reconstrucción de sus vínculos con el mundo externo, ambas supeditadas a una tercera, que es la lucha por la identidad (reconstruir pero sin perder de vista el fin fundamental: ser uno mismo en el tiempo y en el espacio en relación con los demás y con el propio cuerpo).

Concretamente en la adolescencia se encuentra: 1) un cuerpo nuevo y cambiante percibido como objeto externo por el Yo. Es un esquema corporal nuevo que no coincide con el conocido, y al que va reemplazando por exigencias de la realidad. 2) nuevos roles sociales por medio de los cuales conoce y se hace conocer ante los demás, y que por cierto no coinciden con los viejos roles familiares más estereotipados. 3) un Yo que debe enfrentar la no coincidencia entre la identidad infantil y las nuevas identificaciones.

El proceso de duelo para Bowlby corresponde a los diferentes momentos de la adolescencia: Pubertad (protesta), Adolescencia (desesperación), Fin de la Adolescencia (separación) y Postadolescencia (reparación). (Fernández Mouján, 1986).

Todos éstos cambios que se producen durante la adolescencia guardan entre sí una estrecha relación, y, como partes de un todo no pueden ser considerados aisladamente.

Así se observa que el desarrollo fisiológico produce los cambios que se observan en los aspectos físico y psicosexual, los cuales generan como consecuencia también cambios en la esfera moral, interpersonal y social. De igual manera éste proceso se encuentra además influido por el desarrollo cognoscitivo, que por una parte, le permite al adolescente una conciencia más analítica de su entorno, y por otra, le posibilita comprender y elaborar las

modificaciones que están produciéndose tanto en su cuerpo y mente como en su ambiente.

Como es de notarse, es evidente que la adolescencia es una cadena de cambios que se van influyendo y modificando mutuamente, no obstante con la finalidad de realizar una exposición más sistemática de éstos aspectos, se describe por separado el desarrollo del adolescente en las diferentes áreas.

Desarrollo Físico y Fisiológico.

El comienzo del crecimiento corporal se traduce en un aumento de peso, altura, desarrollo muscular y forma del cuerpo. fenómenos que presentan una gran variación tanto individual como por diferencia de sexo. En condiciones normales los adolescentes adquieren alrededor de la pubertad el 50% del peso corporal ideal del adulto y ganan el 20 o el 25 % final de su crecimiento en altura.

Las enfermedades físicas, la desnutrición y el estrés psicosocial pueden afectar la velocidad del crecimiento y los puntos finales del desarrollo en ambos sexos.

Entre los numerosos cambios fisiológicos que ocurren durante la adolescencia se cuentan los de la circulación, el pulso, la presión sanguínea y la composición química de la sangre, modificaciones en el metabolismo de la respiración y la energía, y cambios en los productos de la función excretora. A medida que avanza la adolescencia el ritmo del pulso tiende a disminuir, la presión sanguínea y el volumen respiratorio se elevan; el metabolismo basal tiende a disminuir en promedio después de la aceleración metabólica de la pubertad. Estos cambios que se manifiestan en la transformación del niño en adulto comprenden además modificaciones en niveles hormonales que a su vez traen como consecuencia la aceleración del crecimiento corporal y desarrollo de la capacidad reproductiva.

Es la glándula hipófisis por estimulación del hipotálamo que empieza a secretar hormonas gonadotrópicas (dos en hombres y tres en mujeres), que son las hormonas que estimulan el crecimiento de los órganos sexuales. Al mismo tiempo la hipófisis también secreta tres hormonas relacionadas con el crecimiento: una regula la glándula adrenal, una la glándula tiroidea, y otra estimula el crecimiento en general, en especial el de los huesos.

Tales alteraciones en el tamaño, la forma y el funcionamiento biológico, obviamente afectan no sólo la apariencia de los adolescentes sino la forma como la persona joven es tratada por los demás y la manera como ella se siente a sí misma. Por tanto resulta evidente que la mayoría de éstos cambios constituyen el criterio por el cual los demás perciben al sujeto, o el sujeto se percibe a sí mismo, como masculino o femenino.

Lerner y Karabenick (1974) encontraron elevadas correlaciones entre la estimación que los sujetos tenían del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la estima global que tenían de sí mismos. Esto fué especialmente verdadero en el caso de los sujetos femeninos, ya que es de suponer que la autoestima de las muchachas se relaciona más con la estima de una buena apariencia física.

Debido a éstos cambios físicos, se incrementan las preocupaciones de los adolescentes por su desarrollo corporal por lo que es importante que conozcan las características normales (y también el amplio rango de variabilidad individual) del proceso de crecimiento físico y de maduración sexual. Las ansiedades vinculadas con la estatura, el peso y la imagen corporal son bastante comunes.

El momento en que ocurren los cambios físicos también suele tener efectos a nivel psicológico. En general, los estudios indican que los muchachos que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeros que maduran tardíamente, tanto en la adolescencia como en la adultez (Mussen y Jones, 1957; Jones, 1957). Estos muchachos tienen una estima de sí mismos notablemente mayor.

Estos mismos autores (1958) descubrieron que las chicas que maduran más tarde son las que presentan una imagen más negativa, tienen puntuaciones más bajas en la estima de sí mismas y una mayor necesidad de reconocimiento.

Desarrollo psicosexual.

El aspecto biológico del desarrollo sexual se caracteriza por la maduración de los órganos reproductivos y la aparición de los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios.

Las características sexuales primarias son las necesarias para la reproducción e incluyen el desarrollo de los testículos y el pene en el varón, y los ovarios, útero y vagina en la mujer.

Las características sexuales secundarias incluyen el desarrollo del pecho, el crecimiento del vello púbico, cambios en el tono de voz, crecimiento de pelo en las axilas, y crecimiento de barba y bigote en los varones.

En relación al aspecto psicológico del desarrollo sexual, Freud (1915) considera que la adolescencia es una etapa donde el individuo se enfrenta a la revivencia del Complejo de Edipo con una intensidad aún mayor que en la niñez (volviéndose a establecer la relación edípica de padre-madre-hijo) provocándole al individuo intensos miedos y ansiedad ante la posibilidad fantaseada del incesto (que en ésta etapa ha llegado a asimilar como una prohibición social). Es así que el adolescente echa mano a todos sus recursos para aflojar los lazos que mantiene con su familia buscando fuera de ésta el objeto de la sexualidad genital, para dirigir ahora sus deseos sexuales hacia el exterior.

Este desarrollo de la sexualidad se caracteriza por una ambivalencia de tensiones, de modelos y de prohibiciones sociales que perturban el equilibrio psicológico y contribuyen a hacer que éste periodo se vea marcado por numerosos conflictos y se presente inestable y angustioso.

La maduración orgánica del adolescente debe acompañarse dentro del Yo de ciertas directrices impuestas por el grupo social, y que tienden a imponer al adolescente ciertos modelos de comportamiento que derivan de las leyes, costumbres, prácticas y ritos de la sociedad en que se desenvuelve.

Desarrollo Cognoscitivo.

Para Piaget las funciones intelectuales constituyen el centro de la formación de la personalidad y sirven para coordinar el desarrollo en todas las otras esferas.

De acuerdo a la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget la adolescencia corresponde a la etapa de las operaciones formales. Esta se caracteriza por la capacidad de pensar acerca de situaciones tanto imaginarias e hipotéticas como reales para dedicarse a la resolución de problemas de modo sistemático y para entender la causalidad múltiple de las mismas.

El proceso de expansión intelectual se hace más aparente, instalándose con gran fuerza el juicio crítico y el interés por explicar a fondo los hechos, hay una agudización del trabajo mental subjetivo con el consiguiente aumento de la fantasía, la creatividad y la imaginación.

Los adolescentes que no pueden pensar propositivamente no pueden anticipar apropiadamente las consecuencias futuras de su conducta o actitudes actuales, y por ello entran frecuentemente en conflicto con los adultos en relación a conductas o decisiones como la asistencia a la escuela o el rendimiento académico, o incluso las referentes a su propia salud mental como el consumo de alcohol y drogas o las relaciones sexuales desprotegidas.

Desarrollo interpersonal.

Según Bee (1987) el desarrollo del entendimiento interpersonal se encuentra dentro de la estructura cognoscitiva, éste se refiere a la comprensión del niño respecto a la forma como otros piensan y sienten.

Selman (1980) describió las etapas del entendimiento interpersonal durante el desarrollo, las etapas finales (3 y 4) mencionadas por el autor, corresponden al período de la adolescencia.

En la etapa 3 los otros son vistos por el niño en términos de los rasgos generales que se pueden denominar estereotipos.

En la etapa 4 viene la comprensión más compleja de que los sí mismos de las otras personas están formados de pensamientos y emociones conscientes e inconscientes.

Dentro de este desarrollo interpersonal se incluyen las relaciones con amistades, compañeros y padres.

Respecto a las amistades la reciprocidad se extiende al punto de compartición mutua e intimidad genuina que trae consigo también el sentimiento de exclusión e incluso celos si un amigo escoge a otros compañeros. Más tarde el adolescente está en condiciones de aceptar la independencia y la intimidad compartida con las amistades. La capacidad para tomar totalmente la perspectiva del otro es necesaria para éste nivel.

En los grupos de compañeros, suele ver a éstos como una comunidad homogénea que se mantiene junta por intereses y creencias comunes. Más adelante esto se modifica de modo que hay más amplitud para las diferencias individuales, mientras que sigue habiendo una fuerte necesidad por los sentimientos y preocupaciones del grupo. El grupo es visto como una organización pluralista.

La relación con los padres comprende la tolerancia y el respeto, donde el amor y la cercanía son ahora importantes, no obstante continúan existiendo algunos conflictos derivados de las desigualdades en la forma de pensar entre los padres y los hijos. Poco después esta relación va incorporando tanto la autonomía como la interdependencia.

Por otra parte es de notar que la incompreensión paterna de las necesidades del desarrollo propias del adolescente y la forma con que éste intenta gratificarlas, puede volver sus relaciones conflictivas, incluso llevar a respuestas más explosivas y desadaptadas.

Desarrollo Psicossocial.

En el desarrollo de su teoría sobre las etapas psicossociales, el psicoanalista Erick Erickson (1959) sugirió que la tarea central de la adolescencia es la búsqueda de la identidad. En la forma en que lo usa Erickson el término "identidad significa" la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás" (McKinney, 1977). Esta tarea se relaciona con la consolidación de sus propias vivencias como estructura con estabilidad en el tiempo, con la adopción de una identidad psicosexual y de los papeles sexuales masculino o femenino aceptados socialmente, y con una conducta sexual activa. La preparación para el matrimonio y la elección de pareja están muy ligadas a lo anterior.

Una segunda tarea del desarrollo adolescente es la separación de la familia de origen para permitir la individuación personal. Esta definición del sí mismo adolescente entraña cierto grado de conflicto y a veces de rebeldía en la relación con los padres, que es la condición necesaria para el logro de la

independencia social y económica. Para que ésta separación-individuación se logre es importante el desarrollo de lazos amistosos y emocionales con adolescentes de la misma edad: el centro de gravedad emocional pasa de la familia y los padres, al grupo de pares.

Finalmente la definición de la identidad se produce en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta consolidación es quizás la más afectada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven. El adecuado equilibrio entre aptitudes, expectativas, logros académicos y oportunidades laborales determinan en buena medida la posterior calidad de vida y satisfacción personal del sujeto.

Erickson ha señalado que el desenlace de esta tarea o "crisis normativa" de la adolescencia puede ser la consolidación de la identidad pero también puede provocar el llamado "síndrome de difusión de identidad" (donde el sujeto a lo largo de su vida adulta vuelve una y otra vez sobre sus áreas de interés como sus elecciones vocacionales o de pareja).

Para resolver las crisis de identidad el adolescente debe desarrollar tres aspectos de una nueva identidad: 1) identidad sexual que incluye un concepto maduro del papel sexual, además de cierto entendimiento con su propia sexualidad; 2) identidad ocupacional, una idea de lo que hará cuando sea adulto y 3) identidad ideológica que tiene que ver con las creencias, actitudes e ideales del adolescente.

En este sentido Marcia (1980) ha distinguido cuatro etapas diferentes de identidad en el adolescente: identidad lograda (en la cual se ha vivido un periodo de toma de decisiones y se están persiguiendo las propias elecciones y metas); identidad hipotecada (en la que el compromiso con la ocupación y posición existe, pero no se ha logrado personalmente sino por el influjo de los otros); identidad difusa (no se ha logrado establecer un conjunto de planteamientos y opciones independientemente de haber atravesado un periodo de decisiones personales); y por último la llamada por Erickson "moratoria de identidad" (donde se posterga y se prolonga el periodo de definiciones hacia adelante y dentro del periodo adulto).

Desarrollo Moral.

La teoría de Kohlberg(1970) sobre el desarrollo del razonamiento moral en niños y adolescentes,considera al razonamiento moral como" el pensar y adoptar principios morales,patrones universales de conducta que deben ser adoptados por la mayoría de la gente".

Durante la etapa premoral, en la primera infancia, el control de la conducta es externo, los estándares consisten en mandatos procedentes de los demás, y el motivo principal es evitar el castigo exterior, obtener favores y recibir recompensas a cambio.

Durante la primera adolescencia, el niño comienza a dirigirse hacia los grupos sociales más grandes en busca de sus normas. Esta etapa es llamada por Kohlberg Orientación de la Ley y el Orden , donde existe una moralidad de conformidad y convencionalidad hacia las reglas, el adolescente se concentra en cumplir con sus deberes, respetar a la autoridad y seguir las leyes. El control de la conducta es todavía externo pero la motivación es esencialmente interna.

En la etapa final de este desarrollo moral suceden dos cambios: 1) la fuente de autoridad ya no es el grupo como una entidad externa, sino más bien un grupo del que él forma parte como un miembro completo; 2) Se aceptan y siguen reglas pero también con la posibilidad de formularlas, desafiarlas y si es necesario cambiarlas.

En esta etapa se interioriza el control de la conducta, los estándares tienen una fuente interior, y la decisión de actuar se basa en un proceso interior de pensamiento y juicio relativo entre el bien y el mal.

El adolescente observa a las reglas y las leyes como formas importantes de asegurar la justicia; a esto Kohlberg lo ha designado como la Orientación Legalista o de Contrato Social.

1.4 ADOLESCENTES DE 13, 14 Y 15 AÑOS .

Uno de los pocos teóricos que ha estudiado el desarrollo infantil siguiendo una secuencia evolutiva es Arnold Gesell, éste autor considera al crecimiento como "un proceso de establecimiento progresivo de patrones de desarrollo en

todas las esferas de la conducta, donde cada edad evolutiva va presentando rasgos típicos y determinados”.

Considerando que los cambios en la adolescencia suelen ser bruscos y repentinos diferenciándose en cada edad, y dado que la presente investigación abarca el estudio de los adolescentes entre los 13 y los 15 años de edad, se describen a continuación las características principales que presentan los adolescentes en estas edades.

Gesell (1956) define la adolescencia como “un período preeminentemente rápido e intenso en cuanto al crecimiento físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo”.

Gesell indica que los 11 años marcan el comportamiento característico del adolescente que se extiende aproximadamente hasta los 20 años de edad, considerando que entre los 10 y los 16 años se dan los elementos más significativos para la transición a la adultez.

Las áreas de comportamiento y maduración estudiadas por este autor corresponden a diez categorías: motora, higiene personal, expresión emocional, temores y sueños, crecimiento del Yo, sexualidad, relaciones interpersonales, juegos y pasatiempos, vida escolar, sentido ético y visión filosófica.

13 AÑOS.

En esta edad la adolescencia se halla bien iniciada y comienzan a emerger múltiples y nuevas facetas de la conducta. A los trece años parece producirse una movilización y organización interior, donde el individuo tiende a conjugar las distintas cosas y a interiorizar pensando en lo que le rodea, por lo que suele mostrarse callado y poco comunicativo en el hogar.

En contraste, en la escuela se observan otros aspectos completamente diferentes de su conducta, responde con interés a las asignaturas y estudios escolares, demuestra una gran capacidad para adquirir conocimientos por medio de la lectura, la audición y la visión.

A pesar de algunos altibajos en su estado de humor, es capaz de adaptarse y ser digno de confianza. En el camino hacia un mayor conocimiento de sí mismo, el adolescente se retrae en breves intervalos de ensimismamiento, para recapacitar sobre sus sentimientos íntimos, sus tensiones y sus actitudes. Sus reflexiones involucran elecciones, deseos, ideas, ambiciones, que pueden

conducir a decisiones provisorias y potenciales en la esfera de la conducta moral.

El adolescente encuentra un nuevo placer en el pensamiento racional, en la formulación de proposiciones y en el planteamiento de dudas. Es capaz de pensar en función de las necesidades, probabilidades y demás condiciones hipotéticas.

Así, comienza a aplicar estas facultades de razonamiento a su vida emocional a través de la autoestima y la estima de los que le rodean, otros jóvenes y adultos. Es también consciente de sus cambios de humor y trata de esclarecerlos a través del pensamiento, utiliza las palabras para poner sus sentimientos bajo un mejor control y para levantar una fuerte defensa contra los temores que le asaltan.

Es sumamente sensible a las críticas y percibe agudamente los estados emocionales de las demás personas.

Todo lo anterior indica que su vida emocional se desarrolla en íntima relación con su inteligencia y su conducta social.

A esta edad tanto varones como niñas por igual tienden a eludir las relaciones confidenciales con los padres; la crítica hacia éstos es a veces sumamente minuciosa prestando atención a los detalles como la ropa, los modales y la conducta en general.

El aspecto y la imagen corporal cobran especial importancia, estudiando su propia imagen y comparandola con las imágenes que de sí mismo se ha formado, y es por medio del espejo que él verifica las posibilidades de mejorar su indumentaria, actitud postural y expresiones faciales. Esto, le facilita el descubrimiento de la propia personalidad y la confianza en sí mismo.

Principalmente es en la escuela y en la calle con los coetáneos donde su sentido del Yo experimenta un poderoso impacto.

En medio de todas estas presiones intenta preservar la identidad de su Yo alcanzando cierto grado de independencia y resolviendo los conflictos que implica este proceso evolutivo con una mayor conciencia de sí mismo y del mundo en que vive.

14 AÑOS.

Durante éste año el clima emocional sufre diversos cambios evolutivos, la timidez y la susceptibilidad dan paso a una gran expresividad. A ésta edad el adolescente se halla mejor orientado tanto con respecto a sí mismo como en relación a su medio interpersonal adquiriendo una nueva y más fortalecida seguridad en sí mismo. Es por ello que tiende a mostrarse más amistoso y extrovertido en sus relaciones interpersonales en general dentro de la casa y fuera de ella. Desarrolla cada vez más su facultad de percibir los sentimientos de los demás y de verse a sí mismo como lo ven los otros.

Por lo general sus dificultades se resuelven en el plano verbal mediante la discusión. Le gusta razonar, pensar con independencia y lograr discusiones más intelectuales acerca de algún asunto. La capacidad creciente de auto crítica derivada de sus nuevas facultades de raciocinio le permiten comenzar a aceptar el mundo que le rodea.

Respecto a su equilibrio emocional es de notarse que sus actitudes más espontáneas le hacen más educable en la esfera de los valores humanos y las relaciones sociales. Los expansivos intereses sociales a ésta edad incluyen un verdadero impulso hacia el sexo opuesto.

El adolescente de catorce años está aprendiendo a dominar algunos aspectos de la vida conociendo de sí mismo sus capacidades y sus limitaciones, para ver con mayor claridad qué es lo que quiere realmente, discriminando y eligiendo lo que desea y lo que no desea hacer.

Al parecer el adolescente ha llegado a conocerse un poco más a sí mismo, advierte las diferencias que lo distinguen de los demás y su propia singularidad, y aunque no las acepta del todo deseando incluso algunos cambios en su persona, ya no intenta ajustarse tanto a la imagen perfecta idealizada que tenía de sí en otros tiempos.

15 AÑOS.

El pasaje de los rasgos de madurez de los catorce a los quince años es relativamente gradual, pero ofrece algunos contrastes sorprendentes, existiendo como más significativo el marcado refinamiento en los patrones

ánimicos. Esta creciente apreciación de los matices y las formas más sutiles del sentimiento se ponen de manifiesto en una nueva sensibilidad e irritabilidad junto con una multitud de resistencias, aversiones y sospechas en su conducta. La nueva conciencia anímica se extiende a las esferas intelectual, filosófica y estética.

Su espíritu de creciente independencia se desarrolla rápidamente pero aún está inmaduro y se expresa en forma ruda y brusca. En este camino tiende a alejarse del núcleo familiar ya que experimenta un nuevo impulso hacia la madurez total, quiere superar cuanto antes toda dependencia del control paterno.

Le agradan las reuniones con varios individuos incluyendo ambos sexos, intentando defender su mentalidad independiente de las presiones del grupo.

A ésta edad tiende a mostrarse más observador de las características de la personalidad tanto dentro como fuera del núcleo familiar.

El adolescente se esfuerza por aclarar sus pensamientos y definir al mismo tiempo sus estados anímicos, tarea que le resulta demasiado difícil, y que puede conducirlo a experimentar estados de verdadera depresión, que la mayor parte de las veces suele ser pasajera.

A ésta edad se ponen de manifiesto ciertas diferencias individuales, académicas y personal-sociales relacionadas con el don de mando, el talento y las aptitudes intelectuales.

Su conciencia del Yo y su afán de independencia se hallan contrapesados por una creciente aptitud para identificarse con personas y situaciones. Conoce sus propias limitaciones y a veces tiende a dudar de sus propias aptitudes potenciales y de su responsabilidad. Con una menor confianza en sí mismo anhela que lo guíen y aconsejen, en particular cuando dicha ayuda no proviene del círculo familiar.

En términos generales el adolescente desea mejorar su desempeño general perfeccionando su capacidad para estudiar y concentrarse, así le agrada ajustarse más a determinados controles y mantenerse dentro de ciertos límites.

Además de los cambios que se producen en éstas edades en el aspecto psicológico, intelectual y social se encuentran cambios a nivel emocional. Peter Blos (1941) es uno de los autores que ha estudiado los cambios adolescentes a nivel psicodinámico.

Para éste autor los 13, 14 y 15 años corresponden al período de la adolescencia temprana, momento en que ocurre una profunda reorganización de la vida emocional, con el estado de caos ya bien reconocido. Blois indica que es la elaboración de las defensas características de la etapa (con frecuencia extremas pero también transitorias), la que permite al adolescente mantener la integridad de su Yo. Algunas de éstas maniobras defensivas pueden tener un valor adaptativo y por consecuencia facilitan la integración de inclinaciones realistas, talentos, capacidades y ambiciones. El ensamble estable de todas éstas tendencias constituye un prerequisite para la vida adulta en la sociedad. Así mismo éste autor menciona que se establece una agencia controladora, la cual da una nueva dirección y significado a la vida y que es capaz de regular y mantener la autoestimación del adolescente o su equilibrio narcisista, en tanto ya no depende de los padres como reguladores de la estimación propia.

Considerando la información abordada en éste capítulo cabe mencionar que como resultado de los cambios que experimenta el adolescente en todos los aspectos de su vida, la confusión e inseguridad que éstos le generan, afecta desde saber quién es él hasta la estructuración de su concepto de sí mismo incluyendo la valoración que hace de su propia persona en cuanto al aspecto físico, emocional, intelectual y social.

Es así que al verse afectado el equilibrio interno y la adaptación del adolescente al medio ambiente, su autoestima presenta ciertas alteraciones, las cuales dependerán entre otros factores del medio socioeconómico que le rodea, su estilo de vida, sus experiencias infantiles tempranas e incluso la estructura de su personalidad. Tales elementos serán expuestos y analizados en el siguiente capítulo.

CAPITULO I I

AUTOESTIMA

2.1 CONCEPTOS.

Aún cuando es relativo el conocimiento acerca de la autoestima, ésta es considerada generalmente como un importante atributo personal. Libros escritos sobre higiene mental y desarrollo de la personalidad consistentemente retratan a la autoestima como uno de los elementos primordiales dentro de los niveles más altos del funcionamiento humano (p.ej. Allport 1961, Korchin 1976). Sin embargo, ésta importancia concedida a la autoestima dentro de las conductas humanas se encuentra todavía poco reconocida.

Las investigaciones sobre autoestima por lo general abordan las siguientes cuestiones fundamentales:

- 1) Los orígenes del sí mismo.
- 2) La percepción de sí mismo en el marco de las percepciones recíprocas dentro de la familia y en el desempeño de roles.
- 3) Las relaciones entre las percepciones del Yo y del otro.
- 4) El autorretrato y la representación personal atendiendo a la doble perspectiva del Yo percibido y del Yo ideal.
- 5) Relaciones entre la representación del sí mismo y los resultados que los sujetos alcanzan en el ejercicio de sus actividades a lo largo de su vida, dado que esa representación del sí mismo puede ser a la vez condicionante y producto de esos logros. En la infancia y la adolescencia, muchas de las relaciones entre la representación de sí y las realizaciones personales se centran en el rendimiento escolar.
- 6) Posibles anomalías genéticas y deficiencias relacionadas con el autoconcepto.

Los científicos del desarrollo humano como: Peretz, Elkins, Rogers, Maslow, Bettelheim y otros afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, es decir, en la plena expresión de sí mismo.

Por su parte los psicólogos sociales aluden a las percepciones del self distinguiendo dos aspectos:

* El autoconcepto o la idea de sí mismo.

* La autoestima que se refiere a los sentimientos de estima de sí mismo.

El autoconcepto más general incluye entonces, una identificación de las características del individuo así como una evaluación de las mismas.

En este sentido según Musitu y Román (1982) la autoestima es la que hace más referencia a la evaluación de dichas características.

Brissett(1972) considera que la autoestimación comprende dos procesos sociopsicológicos distintos: la autovaloración, que representa un sentido de sí mismo relacionado con un sentido de seguridad y mérito personal que un individuo tiene como persona, y la autoevaluación que es el proceso de realizar un juicio consciente de la significancia social del Yo.

Tesser y De Pauls(1983) hablan de dos términos semejantes a los anteriores y que se complementan entre sí: autodefinition(autoconcepto) y autoevaluación(autoestima).

Estos autores consideran que la autodefinition viene determinada por el medio ambiente social en que el sujeto está inmerso y sirve para proteger o potenciar la autoevaluación. Esta última es un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos se atribuyen o que creen que otros les atribuyen.

Newcomb(1950) indica que la autoestima es el individuo tal como es percibido por sí mismo en un marco de referencia determinado socialmente.

Shibutani(1971) menciona que el hombre a través de una serie de autoconcepciones y autoevaluaciones de sí mismo forma una estimación de sí mismo como un objeto de valor.

Martínez Muñiz (1980) define a la autoestima como el sentido de verse bueno y valioso, que se concreta en confianza y seguridad en sí mismo.

Martínez y Montañé(1981) definen a la autoestima como "la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y

una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo".

Para Lindgren(1982) el valor total que se atribuye al Yo, constituye la autoestima; y al igual que otros aspectos se aprende de los demás y se convierte en un reflejo del modo en que los demás consideran al individuo, el valor que éste cree que otros le dan, estableciéndose así una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que otros le manifiestan.

Jackson y Paunoment(1980) y O'Malley y Bachman(1983) se refieren a la autoestima considerándola como una disposición personal perdurable caracterizada por la consistencia temporal (concepción del rasgo) y también como una variable resultado de la autoevaluación regulada por los eventos ambientales(consideración situacional).

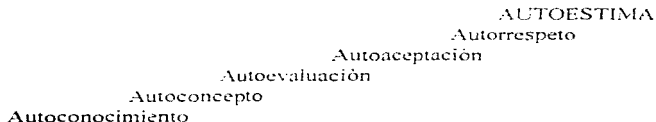
Montané Capdevila(1983) considera que si un individuo tiene de sí mismo un autoconcepto concreto, se conoce a sí mismo dentro de una escala de valores, tendrá un nivel de autoestima determinado. Según este autor, si el autoconcepto nace de la interiorización del otro, la autoestima nace de la valoración recibida de los demás, o depende de la valoración percibida de los otros sujetos.

Para Musitu(1985) el término autoestima expresa el concepto que una persona tiene de sí misma según las cualidades que provienen de su experiencia y que son vistas como positivas o como negativas. Para este autor la autoestima se presenta como una conclusión final del proceso de autoevaluación, esto es, que el sujeto tiene un concepto de sí mismo, después pasa a autovalorarse e integra valores importantes (se infra o sobrevalora).

Por consiguiente, esto dará el nivel concreto de autoestima que posee una persona.

Rosemberg(1986) define a la autoestima como los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia hacia sí mismo como un objeto.

Rodríguez Estrada, et al (1988) concibe a la autoestima dentro de una jerarquía constituida por los siguientes elementos:



Autoconocimiento: es el conocimiento de las partes que componen el Yo ,cuáles

son sus manifestaciones. los papeles que vive el individuo , por qué y cómo actúa y siente. Si una de estas partes funciona de manera deficiente las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida. con sentimientos de ineficiencia y devaluación.

Autoconcepto: es la serie de creencias que un individuo tiene acerca de si mismo y que se manifiestan en su conducta, por ejemplo, si éste se cree tonto actuará como tonto, si por el contrario se cree inteligente y apto actuará como tal.

Autoevaluación: es la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas o malas según éstas sean para el individuo interesantes, satisfactorias y le permitan crecer y aprender.

Autoaceptación: es la capacidad de admitir y reconocer todas las partes de si mismo como la forma de ser y sentir.

Autorrespeto: es la capacidad de atender y satisfacer necesidades y valores expresando y manejando en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacer daño y sin sentirse culpable. Es buscar y valorar todo aquello que le haga sentirse al individuo orgulloso de si mismo.

AUTOESTIMA: Es la suma de todos los elementos anteriores. Así, si una persona se conoce y está consciente de sus cambios crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, si se acepta y respeta tendrá autoestima. Si una persona no se conoce, el concepto de si misma es pobre, no se acepta ni se respeta entonces tendrá una autoestima distorsionada.

Branden(1988) considera que la autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valor personal: es la suma de la confianza y el respeto por si mismo.

Según este autor(1993) la autoestima tiene dos aspectos interrelacionados: 1) sentido de eficacia personal(autoeficacia) y 2) sentido de mérito personal(autodignidad).

Autoeficacia es la confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad de pensar, juzgar, elegir y decidir, confianza cognoscitiva en si mismo.

Autodignidad es la seguridad en el valor propio, una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y ser feliz, comodidad al expresar apropiadamente los pensamientos, deseos y necesidades.

Oñate(1989) indica que la forma cómo la gente ve sus autoimágenes y el valor que les concede, es decir su autoestima, son cruciales en el momento en que los individuos se marcan o establecen objetivos, las actitudes que mantienen, las conductas que inician y las respuestas que dan a otros.

Bednar et.al.(1993) definen a la autoestima como una sensación subjetiva de

autoaprobación,ésto refleja cómo los puntos de vista individuales y las evaluaciones de sí mismo son niveles fundamentales dentro de la experiencia psicológica.

Dentro de las diferentes partes del sí mismo se encuentra un cúmulo de emociones asociadas con los diversos roles en los cuales cada persona opera,ésta información es básica para la definición y entendimiento de las autopercepciones.Sin embargo,es la experiencia afectiva asociada a éstos eventos la que define la presencia o ausencia de autoestima. Fundamentalmente,la autoestima es una sensación afectiva de evaluación personal basada en autopercepciones.

Considerando la revisión de los conceptos de autoestima en la literatura,se observa que el término de autoconcepto y autoestima son manejados por muchos autores como sinónimos,sin embargo es conveniente señalar que el autoconcepto como su nombre lo indica,es el concepto o idea que un hombre tiene de sí mismo,y la autoestima es el juicio de valor con respecto a éste concepto.

Es así que para los fines de la presente investigación será considerada la definición de autoestima propuesta por Stanley Coopersmith(1967)autor de instrumento utilizado en éste estudio:

"es una evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo,la cual expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso.Es un juicio personal del valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo,es una experiencia subjetiva que el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresivas abiertas.(1981).

Más adelante será expuesta con detalle la teoría de éste autor respecto al origen y desarrollo de la autoestima.

2.2 POSTURAS TEORICAS.

La historia de la autoestima como un concepto comenzó con escritos de algunos de los más reconocidos teóricos de la psicología,durante mucho tiempo se

consideró la autoestima como la piedra angular de la personalidad humana, por lo que ha figurado prominentemente en diversas teorías desde William James hasta Carl Rogers, autores como Adler, Horney, Fromm y Sullivan han contribuido también a comprender el papel que desempeña la autoestima en el desarrollo psicológico y en la patología.

Estos primeros esfuerzos teóricos fueron seguidos por años en que el concepto autoestima fué negado como científico y objetivo; sin embargo gradualmente se han ido incrementando las investigaciones al respecto, en lo correspondiente a la medición de la autoestima como algo global.

Cabe mencionar que el concepto de autoestima per se no fué desarrollado como tal por los distintos teóricos, más bien fué derivado a partir de las ideas relacionadas con el sí mismo (self).

A continuación se presentan los puntos de vista de algunos autores que aportaron más conocimientos en relación a este tema.

William James (1890).

Para James el sí mismo está considerado psicológicamente engranado en todos los atributos del individuo considerándose el cuerpo, las habilidades y la reputación. Si cualquiera de estas partes componentes está disminuida o dañada, la gente tiende a responder como si ellos mismos estuvieran dañados o disminuidos.

Cada persona según James toma como base lo que él llamo "sentimiento de sí mismo o amor a sí mismo" para considerar los éxitos y fracasos que ha conseguido en la existencia de su sí mismo.

Según este punto de vista los sentimientos que cada individuo tiene de sí mismo están determinados por el razonamiento de sus actuaciones en relación a sus supuestas potencialidades, una fracción de las cuales, sus pretensiones son el denominador, y el numerador sus éxitos, por lo tanto se tiene lo siguiente:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{éxitos}}{\text{pretensiones}}$$

De acuerdo a James, hay tres grandes constituyentes del sí mismo: Self material

que se refiere a todos los objetos y posesiones materiales de la persona incluyendo su propio cuerpo, el Self social se refiere a la reputación personal y el reconocimiento social de los otros individuos; y el Self espiritual que se refiere a los sentimientos y pensamientos que se encuentran en la existencia subjetiva del individuo.

Es precisamente el Self espiritual quien funge como observador e interprete de la ecuación antes mencionada, y por consiguiente es el determinante de la sensación de autoestima.

James considera que el amor a sí mismo puede incrementarse cuando aumenta el numerador (éxitos) o cuando decrementa el denominador (pretensiones a las cuales aspira el individuo).

Alfred Adler (1979).

Sus trabajos se consideran dentro de los fundamentos de la Psiquiatría Social, enfatizando el impacto de la familia y la sociedad sobre el individuo. Sus principales contribuciones se refieren al entendimiento de la conducta anormal. Adler como fenomenólogo consideró que cada persona construye su perspectiva propia de la realidad a través de lo que él llamó el Self Creativo, y cuya meta final es la plenitud y la perfección. Adler llamó a la motivación del Self creativo el "sentimiento de superioridad", que a su vez tiene su opuesto en el llamado "sentimiento de inferioridad".

De estas proposiciones se deriva lo que Adler denominó el "complejo de inferioridad" que se forma en la niñez a partir de las experiencias de abandono e imperfección. Este sentimiento es constante y crónico llevando incluso al individuo a la renuncia de sus contactos sociales.

Si bien Adler no hace mención del concepto de autoestima como tal, describe la esencia de lo que se conoce como baja autoestima a través del concepto de complejo de inferioridad, que según él se manifiesta en la evitación que hace el individuo para participar de las necesidades de la comunidad.

Charles H. Cooley (1902).

Para este autor el self tiene diversos aspectos de los cuales el más importante es el self social, que se forma de las observaciones del individuo acerca de cómo otros responden a su self, y es además el vehículo a través del cual la sensación interna de sí mismo se desarrolla y refina.

Cooley considera el desarrollo del sí mismo como un proceso social en el que

existen tres elementos: las percepciones individuales, la interpretación individual acerca de cómo se es evaluado por las otras personas y la experiencia personal del individuo como respuesta afectiva para percibir la opinión de los demás. Este autor asume además que la madurez lleva a aumentar el autocontrol, propiciando que el individuo sea poco vulnerable a los efectos de las opiniones de los otros. Aunque este autor no explica cómo se da la internalización de estos aspectos, aporta una explicación de cómo se da la autoestima partiendo de concepciones puramente sociales.

George Herbert Mead (1934).

Desarrolla su punto de vista desde la sociología considerando principalmente el desarrollo del self dentro de un proceso en que el individuo se integra como parte de un grupo social. Este autor considera que el lenguaje y la sociedad son elementos esenciales en el desarrollo del self porque es a través de la interacción, que los individuos se ven a sí mismos. Es así, que la significancia de los otros en la vida del individuo tiene una influencia determinante sobre la autoestima.

Observando las acciones y actitudes de los padres y otras personas significativas, un individuo las adopta gradualmente y las internaliza como propias.

La teoría de Mead implica que para que un individuo tenga una alta autoestima, debe tener en gran estima la opinión de los otros.

Gordon Allport (1961).

La mayor contribución de este autor para el estudio de la autoestima es el reconocimiento de la parte jugada por las defensas psicológicas. A este respecto Allport hace referencia al complejo de inferioridad propuesto por Adler, definiéndolo como una fuerte y persistente tensión proveniente de alguna actitud emocional morbida hacia la deficiencia existente en el propio equipo personal (Allport, 1961).

Para Allport en el desarrollo final de las personalidades normales y anormales existen métodos que cada individuo utiliza para combatir la experiencia de inferioridad, algunos se esforzarían por ver el problema más pequeño, otros preferirían perseguir otras metas, otros más usarían defensas psicológicas tales como la racionalización.

En este sentido Allport enfatiza la importancia de la autodisciplina para

confrontar las dificultades como una medida para aumentar la autoestima.

Carl Rogers(1951).

Este autor como fenomenista indicó que cada persona vive en un único y privado mundo de sus propias percepciones,respondiendo ante el medio ambiente desde su punto de vista personal,esto es,los individuos crean su particular sistema de evaluación pero en bases genuinamente socializadas.Esta realidad del individuo es el mapa perceptual que usa para escoger sus acciones e interpretar las respuestas de los otros.

Rogers considera que todas las personas necesitan aceptación ,especialmente en los primeros años del desarrollo,la evaluación de los otros puede afectar el proceso evaluativo del niño.Así, los padres que comunican a su hijo mensajes de que no es amado,pueden conducir al niño a experimentar una desconfianza en el sentimiento interno de si mismo,sintiéndose como dañado y repudiado.En vez de ello,el niño puede adoptar o "introyectar" las evaluaciones de los padres para definirse a él mismo.

Para Rogers,las introyecciones de los padres y de otros son simbolizaciones distorsionadas de la experiencia y,por lo tanto,pueden evitar que el sentimiento de si mismo esté basado en la experiencia directa.

La aportación de Rogers para el entedimiento de la autoestima indica que ésta se encuentra directamente relacionada con el aprendizaje del individuo para conocer su si mismo o más exactamente,el aprendizaje para conocer el si mismo de los demás.

Las proposiciones de Rogers difieren en el sentido de que el descubrimiento del si mismo no proviene de sus habilidades o intereses,sino de los valores de la persona(fundamentalmente sociales) y de sus preferencias afectivas.

Rogers sugiere que el proceso evaluativo es solamente un principio necesario para la comprobación de los valores,el individuo busca una vida que sea congruente con éstos.

Stanley Coopersmith(1967).

Una de las posturas teóricas más actuales y sistemáticas,que ha llevado incluso al desarrollo de un instrumento para evaluar específicamente la autoestima en las distintas edades es la Teoría de Stanley Coopersmith que en 1959 comienza sus estudios sobre la autoestima infantil haciendo especial énfasis en los antecedentes y consecuencias de la autoestima en términos del historial del

individuo considerando las características personales y las relaciones familiares.

Coopersmith distingue dos aspectos muy importantes de la autoestima: La expresión subjetiva, o sea, la autodescripción y autopercepción individual; y la expresión comportamental que el individuo pone a disposición de otros observadores.

La autoestima como un conjunto de cogniciones y sentimientos forma parte del sí mismo o self, el cual está constituido por tres componentes con sus respectivas actitudes:

1. Un componente cognoscitivo, constituido por el autoconcepto.
2. Un componente afectivo, constituido por la autoestima.
3. Un componente conativo, que se refiere a la conducta dirigida hacia sí mismo. Según el autor este atributo es determinado por los valores, éxitos, aspiraciones y defensas del individuo variando con la experiencia, el sexo, la edad y otros roles.

Existen varios factores que de acuerdo a Coopersmith contribuyen al desarrollo de la autoestima: La evaluación que el niño percibe de los otros hacia sí mismo expresado en afecto, reconocimiento y atención, la experiencia del niño con los éxitos (el estatus o posición que el niño percibe que tiene dentro de su medio ambiente), la definición individual del niño de los éxitos y fracasos en relación a las aspiraciones y demandas, y finalmente, el estilo de conducta del niño respecto a la retroalimentación negativa que recibe de su medio ambiente, incluyendo las críticas.

En la autoestima de una persona lo más importante es la cantidad de respeto, aceptación y trato que recibe de los otros individuos significativos en su vida, viéndose afectada por las percepciones de personalidad o del vínculo que exista entre los miembros del grupo familiar.

De acuerdo a Coopersmith el desarrollo de la autoestima está estrechamente ligado al núcleo familiar, y no a aspectos como la inteligencia o el nivel socioeconómico entre otros.

Los principales factores que Coopersmith encontró como determinantes entre las familias con niños que habían desarrollado una alta autoestima fueron: 1) aceptación del niño con sus cualidades y defectos, 2) respeto hacia el niño y sus intereses, 3) límites claros y consistentes en la familia y 4) apoyo en sus decisiones para que llegue a conseguir sus metas.

Así mismo también observó que los padres de éstos niños tenían de igual

manera una autoestima alta,estableciendo relaciones más positivas y afectivas con los hijos combinadas con un control y disciplina firmes pero cuyos limites eran bien definidos y a la vez flexibles y congruentes. Derivado de éste interés por estudiar la autoestima en los niños,Coopersmith publica en 1967 un escala de medición de la autoestima para niños,y más tarde basado en ésta primera prueba elabora la versión para adultos.

2.3 FORMACION Y DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.

La autoestima se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento a través de la interacción del sujeto con otros sujetos y del sujeto consigo mismo ,tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la etapa escolar y la adolescencia.(Monti y Ulloa,1996).

A continuación se expone de manera general la formación de la autoestima a través de las distintas fases del desarrollo:

El niño en los primeros años de vida no está aún en condiciones de evaluarse a sí mismo,depende en gran medida de lo que le comunican los otros sobre si para organizar su propia imagen personal(López,1983),por lo tanto las relaciones que el niño establece con las personas que lo cuidan,principalmente la madre, definen la confianza básica que el niño va a tener más adelante tanto consigo mismo como con los otros.

Los padres exigentes,demandantes ,punitivos,lejanos afectivamente promueven el desarrollo de sentimientos de inseguridad básicos,en tanto que el contacto con padres más afectivos y proveedores de experiencias gratificantes facilita la formación de sentimientos de seguridad y confianza.

A éste respecto Chess(1987) señala que además de la interacción del niño con éstas figuras significativas,las variables temperamentales desempeñan un rol muy importante,por ejemplo,los niños que desde el nacimiento muestran un temperamento difícil tienden a ser irritables con grandes dificultades para responder positivamente a otros,ésto genera en los padres sentimientos de frustración,enojo y desesperanza que van entorpeciendo la interacción con el niño limitando la posibilidad de desarrollo de un buen autoconcepto.

Por otra parte,también las experiencias tempranas relacionadas con el cuerpo constituyen una de las primeras imágenes del Self(si mismo).Las experiencias

de debilidad física e incomodidad, o bien de bienestar físico, agilidad o autosatisfacción con el propio cuerpo, propician el desarrollo temprano de una mayor o menor autoconfianza.

Más tarde con la emergencia de nuevas funciones tales como el desarrollo de la marcha, del lenguaje y la capacidad de representación mental, se va desarrollando el proceso de individuación y por tanto de una mayor conciencia de sí mismo.

En este periodo el niño desarrolla un preconcepto de sí mismo, a través de la interacción con otras figuras significativas además de la madre. Es así, que la aceptación socioafectiva de las características del niño, y la existencia de una autoridad cálida y consistente por parte del medio ambiente, comienzan a configurar su imagen personal desde el punto de vista de las expectativas sociales (Haeussler y Milicic, 1995).

Robins y Dupont (1982) plantean que las necesidades insatisfechas de autoestima durante estas primeras etapas del desarrollo conllevan a distorsiones en la percepción de la conducta interpersonal en la adultez. Los sujetos con un Yo frágil buscan aprobación y seguridad a través de la dependencia de otros. En este sentido Reasoner (1982) menciona que la autoestima positiva en los primeros años de la vida es sumamente importante ya que determina la actuación y aprendizaje del individuo en etapas posteriores.

La etapa escolar constituye un periodo crítico en la formación del autoconcepto ya que el desarrollo del pensamiento lógico-concreto le permite al niño evaluar sus habilidades para compararlas con las de otros y con las expectativas de los padres. En esta fase la internalización de las exigencias de las figuras significativas forma lo que se conoce como el autoconcepto ideal, con el cual el niño se está contrastando continuamente.

El concepto de sí mismo que tiene el escolar se basa en las opiniones que los otros tienen de él, como carece de la capacidad para autovalorarse a sí mismo de un modo exacto, se ve a través de aquellos con los que se identifica (Hurlock, 1967; Zegers, 1981).

Dado que las motivaciones sociales y la necesidad de pertenencia al grupo son muy importantes en esta edad adquieren especial relevancia las opiniones de los coetáneos, por lo que la presencia de habilidades sociales, motoras, cognitivas, etc. que tienen una alta valoración dentro del grupo de pares contribuye a desarrollar una autoestima alta.

Durante esta etapa una baja autoestima se puede expresar a través de una

actitud quejumbrosa y crítica, búsqueda de atención, necesidad imperiosa de ganar, actitud inhibida y poco sociable, excesivo temor a equivocarse, actitud insegura, ánimo triste, necesidad compulsiva de aprobación (Haeussler y Milicic, 1995).

Covington y Beery (1977) observaron además que el niño adopta estrategias como la evitación de la participación en los grupos de compañeros y su esfuerzo ante tareas difíciles disminuye anticipándose al fracaso.

En contraste, los escolares con una buena imagen personal se muestran motivados para aprender, se acercan a las tareas con expectativas de éxito, confiados en que el logro depende de su propio esfuerzo, tienen confianza en sí mismos y en sus percepciones. (Arancibia, 1990).

Musitu (1984) encontró en un análisis diferencial de la autoestima infantil que las niñas mostraban menor autoestima que los niños, esto se atribuye a que las niñas expresan mayor ansiedad e inseguridad que los niños ante las tareas académicas debido posiblemente al poco apoyo de los padres hacia su educación, mientras estos se encuentran más socializados para el logro académico (Block, 1979).

Los hallazgos de Bardwick (1971) y Mc. Guire (1984) concuerdan con este punto de vista.

Sin embargo, otros autores Maccoby y Jacklin (1975) tras realizar una investigación del tema, afirmaron que no existían diferencias sexuales en la autoestima, aunque era posible que aparecieran algunas discrepancias durante los años escolares.

En el área personal los niños expresan menor ansiedad y mayor autoestima que las niñas, éstas por su parte manifiestan mayor autoestima en la esfera familiar. En relación con la edad este autor encontró que no se encuentran diferencias en las dimensiones social y autocontrol entre los 9 y 12 años de edad, debido a que en estas edades las relaciones con los padres y la familia tienden a ser semejantes.

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias asociadas al desarrollo del pensamiento hipotético-deductivo (como se vió en el capítulo anterior) tienden a generar un Yo ideal muy alto, que muchos jóvenes sienten que no pueden lograr; esto a su vez genera una baja autoestima que les dificulta su

identidad social y personal. Es precisamente éste Yo ideal el que se convierte en una fuente potencial de amenaza a la autoestima.

En esta etapa, la autoestima colectiva, es decir, la evaluación que se tiene del grupo de pertenencia, respecto a otros grupos y la evaluación de la posición o estatus de la persona en ese grupo, contribuyen a definir el autoconcepto del adolescente. Más adelante se hará una revisión más completa del papel de la autoestima en la adolescencia.

Existen muchas aproximaciones teóricas tradicionales para el entendimiento de los orígenes de la autoestima que tienden a enfatizar el aprendizaje social e interpersonal.

A este respecto varios son los autores que sugieren que los individuos van adquiriendo gradualmente opiniones acerca de ellos mismos como resultado o reflejo de lo que han obtenido de su medio ambiente social. Hay evidencias de que mucha gente tiene una visión y evaluación de sí misma concordante con la evaluación que otros tienen de ella. Así, es el nivel de aceptación emocional del medio ambiente el que provee las condiciones bajo las cuales el individuo llega o no a autoaceptarse.

Según Bednar (1993) los individuos con abundancia de aprobación y afecto por parte de su medio ambiente social, particularmente la significancia que tienen para los otros, son más propensos a tener altos niveles de autoestima que aquellos que han tenido un aprendizaje social menos favorable.

Existen varios modelos teóricos que acentúan la importancia del contexto social, entre ellos se encuentra la Teoría del Aprendizaje Social por Modelos, la cual sugiere que el niño desarrolla la imagen de sí mismo a través de la imitación de otras personas en el ambiente inmediato, y la Teoría del Looking Glass (del Espejo) que indica que el autoconcepto es el resultado de las valoraciones reflejadas por los otros significativos para el niño.

Festinger (1954) en su teoría de la comparación social menciona que en ausencia de estándares objetivos de comparación, la gente utiliza a otras personas significativas de su ambiente como una base para hacer estimaciones de su valía personal.

Hyman y Singer (1987) han señalado que el autoconcepto se constituye sobre una plataforma de comparaciones sociales.

Por otra parte existen otros puntos de vista como el de Bandura (1986) que

señala la importancia del reforzamiento para la autoestima , donde los padres juegan un papel importante ya que su reconocimiento hacia las habilidades y actitudes del niño influyen en las conductas posteriores de éste.

De manera implícita en las proposiciones anteriores se encuentra que los principales determinantes de la autoestima son generalmente asimilados de los modelos tempranos y perdurables que se encuentran en las relaciones padres-hijos, y que constituyen una base fundamental para el desarrollo de la seguridad emocional del niño.

Coopersmith(1967)encontró que los antecedentes más notables de una autoestima alta están relacionados directamente con la conducta paterna y las consecuencias de las normas y reglamentos que establecen los padres.

Oñate(1989)considera que los padres son la principal fuente de referencia para el desarrollo de las actitudes, creencias y valores de los jóvenes, acerca de la vida en general, y específicamente, de su propio sentido del Yo y valía personal.

Partiendo de los proposiciones anteriores donde la estructura familiar y las relaciones con las personas significativas son muy importantes para el desarrollo personal de la autoestima, se mencionan a continuación seis elementos primordiales para la formación de autoimágenes positivas en los niños de acuerdo a la propuesta de Purkey(1970) :

1) *Competencia*: se ha demostrado que las expectativas personales elevadas y un alto grado de competencia impulsada por parte de los padres y maestros poseen efectos positivos sobre el niño, siempre que las tareas asignadas además de ser interesantes para el niño, tengan un grado de dificultad acorde con sus propias capacidades.

2) *Libertad* : deben propiciarse ambientes con suficiente libertad de elección, de modo que el niño pueda llevar a cabo decisiones significativas para sí mismo, incluso con la libertad de cometer errores.

3) *Respeto* : el niño debe ser considerado por los padres y los maestros como alguien importante, valioso y capaz de rendir en las tareas personales.

4) *Afecto* : es conocido que la presencia de una situación de aprendizaje y convivencia psicológicamente sana y acogedora estimula al niño a rendir más tanto en la escuela como en el hogar, permitiéndole desarrollar sentimientos de dignidad emocional.

5) *Control* : la orientación personal y académica claramente definida y firme (no

permisiva en exceso), produce una mayor sensación de seguridad y autocontrol.

6) *Éxito* : los padres y maestros deben proporcionar al niño una atmósfera de éxito más que de fracaso para comprender sus experiencias. La continua conciencia de fracaso reduce las expectativas y no favorece en ningún modo ni el aprendizaje ni el desarrollo personal.

Aún cuando éstas serían las actitudes ideales que los padres y maestros deberían seguir para estimular un adecuado crecimiento de la autoestima en los niños, no siempre sucede así.

Según Branden (1993) los padres pueden crear importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de sus hijos, si : Transmiten al niño que no es suficiente, lo castigan por expresar sentimientos inaceptables, lo ridiculizan o humillan, le transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia, intentan controlarlo mediante la vergüenza o culpa, lo sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y su creciente confianza en sí mismo, lo educan sin ninguna estructura de apoyo o con normas contradictorias, confusas y opresivas, niegan la percepción de su realidad e implícitamente lo alientan a dudar de sí mismo, lo aterrizan con violencia física o con amenazas inculcándole temor como una característica permanente, le enseñan que es malvado o indigno a través de sus comentarios o actitudes hacia él.

2.4 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA.

Estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general.

El componente del autoconcepto que surge durante la adolescencia es el Yo pensador o el Yo reflexivo, así a través del uso de las operaciones formales el adolescente puede reflejar sobre su capacidad intelectual sus aptitudes especiales y muchos de sus valores y creencias que todavía no ha examinado.

Es precisamente la tarea de construir, revisar e integrar éstos elementos dentro de un conjunto de conceptos de sí mismo, la labor más importante de la adolescencia.

Los conceptos del Yo que tenga un individuo, producto tanto de las emociones

como del intelecto, su confirmación e integración, son cruciales para determinar su conducta personal y social en esta época en que intenta lograr un acuerdo entre sí mismo y el medio ambiente, así como su estatus futuro de individuo funcionalmente maduro.

Según Horrocks (1984) el Yo es un proceso afectivo-cognoscitivo mediante el cual el individuo infiere y construye conceptos de sí mismo tomados en conjunto, y que más tarde representan su interpretación de sí mismo. Este concepto de sí mismo se elabora principalmente mediante el aprendizaje ya que implica un conjunto de identidades que se desarrollan a partir de su experiencia previa.

Por lo general la mayoría de los adolescentes encuentran que es una tarea difícil integrar todos los conceptos del Yo, ciertos factores confirman de manera evidente esta dificultad: su autoestima, sus hábitos, sus mecanismos de defensa, sus conductas de afiliación con otros compañeros, etc.

Algunas áreas del medio ambiente se convierten en campo de prueba para el desarrollo del concepto del Yo, entre éstas se encuentran las áreas referentes a las relaciones entre compañeros, las relaciones heterosexuales, el aspecto físico, la emancipación de la autoridad adulta, la percepción del rol, el aprendizaje y la experiencia académica, la elección vocacional, la aceptación del propio Yo y el desarrollo y evaluación de los valores.

Según Gecas (1971) y Levine (1958) si en estas interacciones sociales el individuo descubre que sus pruebas de realidad confirman sus percepciones de sí mismo, su concepto del Yo tiende a permanecer más estable que si ocurre lo contrario.

Las edades más difíciles para resolver los problemas que plantea la formulación final del Yo se encuentran entre los 14 y los 18 años, aunque hay variaciones individuales.

Una vez que el adolescente ha construido un concepto de sí mismo y formado una identidad a partir de éste, surge entonces la pregunta relacionada con la autoestimación, es decir, qué valor le confiere el adolescente al Yo o si mismo que percibe.

Los orígenes y el desarrollo subsecuente de la autoestima son en gran parte interacción entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales. De la misma forma como U'Ren (1971) observa, las conductas sociales resultantes de la autoestimación tiene a la vez una influencia sobre la personalidad y la

efectividad social. Así, el comportamiento de un individuo en situaciones sociales correlaciona hasta cierto punto con su nivel de autoestima.

Rosemberg (1965) señala que un individuo mantiene hacia sí mismo una serie de actitudes agrupadas dentro de 8 dimensiones: contenido, dirección, intensidad, importancia, preeminencia, consistencia, estabilidad y claridad.

Horrocks (1984) aplica éstos conceptos a la actitud que mantiene el adolescente hacia sí mismo de la siguiente manera: *Contenido*, cómo se ve el adolescente a sí mismo y cómo se describe considerando sus atributos, estatus académico, habilidades y constitución física. *Dirección*, qué tan favorables o desfavorables, positivos o negativos son sus sentimientos hacia sí mismo. *Intensidad*, la fuerza de esos sentimientos ya sean adversos o moderados. *Preeminencia*, puede ser indicada por el tiempo y el esfuerzo que el adolescente dedica a la consideración de sí mismo en comparación con otras cosas que realiza. *Importancia*, se indica por lo importante que se siente el adolescente en comparación con otros. *Estabilidad*, se determina por el grado de fluctuación de las actitudes de adolescente hacia sí mismo. *Consistencia*, se relaciona con la anterior y depende de la concordancia o contradicción de esas actitudes. *Claridad*, se determina por el grado en que las actitudes del adolescente hacia sí mismo estén bien definidas, y no sean vagas y confusas.

Por lo general un adolescente que tiene un desarrollo normal tiende a valorarse positivamente, considerando tanto sus atributos personales como las condiciones medio ambientales. Cernick y Thompson (1966) indican que los adolescentes que mejor reconocen sus virtudes y sus defectos propios, presentan un patrón de objetividad, organización, enfoque positivo, y una mayor tendencia a utilizar los recursos derivados del ámbito familiar.

No obstante cuando las actitudes hacia el Yo son desfavorables, tiende a afectarse el cuadro total de adaptación del adolescente que en algunos casos puede ser bastante severo como se verá más adelante en el próximo capítulo.

Horrocks (1984) indica que también se ha descubierto que las circunstancias sociales y económicas en las que crece un adolescente están relacionadas hasta cierto punto con la autoestima, aunque sugiere tomar en cuenta las diferencias individuales y las situaciones particulares para evitar realizar generalizaciones injustificadas.

Sadker(1991) menciona que en los adolescentes existen diferencias en el significado cognitivo de la autoestima y las repercusiones de éste en su estado emocional.

Por otra parte, Steitz y Owen(1992) mencionan que las características de la personalidad desempeñan un papel muy importante como indicador de salud emocional y tienen además un impacto diferencial tratándose de adolescentes varones o mujeres.

En términos generales la autoestima durante la adolescencia tiene evidentes fluctuaciones debido a los numerosos e importantes cambios que experimenta el sujeto durante ésta etapa, y que le llevan a una reestructuración de la imagen corporal, su papel dentro del ámbito familiar, escolar y social, para lograr finalmente su propia identidad.

En éste proceso, tiende a evaluar y cuestionar su propia persona tomando como referencia tanto sus características personales como el medio ambiente que le rodea, valorándose en forma positiva o negativa a si mismo. Cabe mencionar que ésta evaluación no sólo depende de las circunstancias ambientales actuales si no también de las experiencias previas del adolescente en situaciones similares, y aún de mayor importancia resulta el aprendizaje y formación del concepto de si mismo en los primeros años de su vida, donde como se ha visto la familia juega un papel primordial.

2.5 NIVEL DE AUTOESTIMA.

Dentro de cada persona hay fluctuaciones inevitables en los niveles de la autoestima así como las hay en todos los estados psicológicos. Algunos autores consideran que la autoestima está más arraigada en las operaciones mentales que en los éxitos y fracasos externos, por tanto, aún cuando existan cambios ambientales la evaluación que posee el individuo de si mismo debe permanecer constante.

Por otra parte otros autores consideran que si bien hay fluctuaciones el individuo posee ya un nivel básico de autoestima formado a partir de sus experiencias personales.

Ciertos estudios han demostrado que el nivel de autoestima es de particular importancia para determinar la receptividad de un individuo hacia otras

personas:Walster(1965)ha informado que la autoestimación tiene influencia sobre la receptividad de una persona al afecto de otra,y ha observado además que un sujeto momentáneamente bajo en autoestimación es más propenso a buscar la aceptación y afecto de los demás de lo que lo sería alguien con autoestimación alta.

Con la finalidad de ilustrar los 3 niveles de la autoestima que se manejan comúnmente ,se describen a continuación las características propias a la autoestima alta , baja y moderada.

Autoestima Alta.

Las manifestaciones más comunes de la autoestima positiva son los siguientes:

- *Comodidad al expresar afecto hacia los demás.
- *Disfrutan las relaciones interpersonales.realizan acciones sociales más vigorosas y asertivas.
- *Apertura a las críticas y comodidad para reconocer errores.
- *Actitud abierta y curiosidad hacia las ideas, experiencias y posibilidades nuevas.
- *Menor susceptibilidad hacia la influencia de los factores medioambientales y sociales,y por lo tanto mayores sentimientos de control sobre las circunstancias externas.
- *Mejor capacidad para tolerar el estrés interno y externo.
- *Incremento en la percepción personal de autoeficacia .
- *Conducta mejor integrada.los procesos cognitivos están caracterizados por la habilidad para discriminar entre la información relevante e irrelevante.Asi,el individuo hace un uso óptimo de la información que recibe y además es capaz de percibir las consecuencias de sus propios actos.

La importancia de la autoestima positiva adquiere relevancia en la vida del ser humano ya que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional y cognitivo,una buena salud mental y unas buenas relaciones sociales(Bednar,Wells y Peterson,1989).

Durante el desarrollo se ha visto que los niños con alta autoestima por lo regular:

Se desenvuelven mejor en la escuela, piensan mejor de si mismos, enfocan las tareas escolares con una actitud positiva y una motivación alta. El éxito en la escuela refuerza la idea original que tiene el niño de si mismo, fortaleciéndose aún más el vinculo entre ambos aspectos. En los niños más pequeños el dominio satisfactorio de las nuevas tareas eleva la autoestima, lo cual estimula al niño a tratar de realizar nuevas tareas y quizás más difíciles.

Se ven a si mismos como responsables de su propio éxito o fracaso, en vez de considerar que su conducta se encuentra controlada por aspectos externos como la suerte o deseos de los demás.

Consideran que tiene mejores relaciones con sus padres. Sin duda la buena relación padre- hijo contribuye a una alta autoestima, a su vez esta relación también depende de la participación y actitud del niño dentro de la misma.

En términos generales el niño o adolescente con una alta autoestima no sólo piensan bien de si mismos, sino que generalmente tienen éxito en la escuela, en sus relaciones amistosas y en sus relaciones con los padres .

Autoestima baja.

Estas son las principales características que definen un baja autoestima:

- *Sentimientos de incompetencia e inadecuación.
- *Apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad.
- *Sensibilidad ante las críticas de los demás.
- *Aislamiento y desconfianza en las relaciones interpersonales.
- *Tendencia hacia la ansiedad y la destructividad.
- *Dificultad para reconocer los acercamientos afectuosos o de aceptación de otras personas (Jacobs et al. 1971)

La autoestima negativa ha sido considerada por diversos autores y modelos teóricos como el núcleo central de problemas emocionales. Muchos de los criterios diagnósticos de la sintomatología depresiva y los modelos explicativos de la depresión se refieren a la pérdida de la autoestima como uno de los

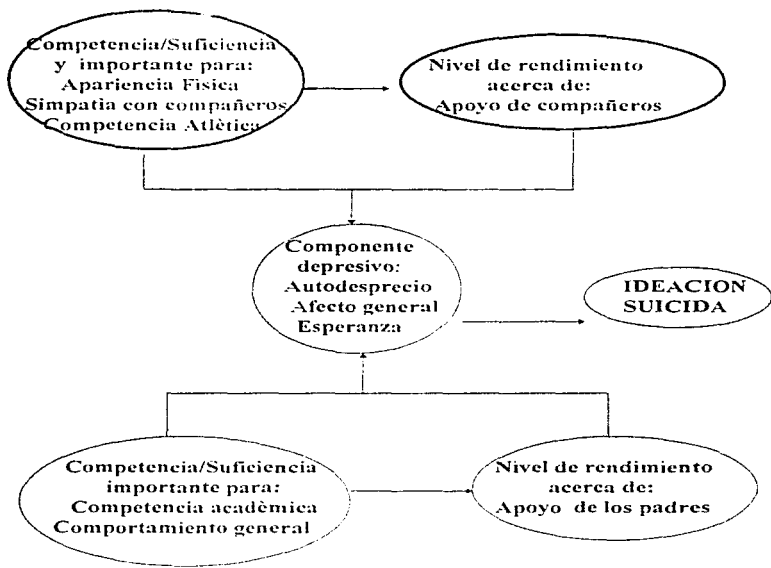
factores nucleares dentro de dicha patología. Desde esta perspectiva resulta importante estudiar la autoestima junto con los problemas emocionales que se pueden derivar de una imagen y valoración pobre de sí mismo.

Los estudios de Battle (1980, 1987, 1988) avalan la relación entre la autoestima y la depresión. Por ejemplo en los niños es común encontrar que el ambiente escolar es el que más propicia la baja autoestima y la depresión, debido a que muchas veces la escuela plantea exigencias desmedidas en comparación con las habilidades del niño. Por otra parte también son la depresión y la baja autoestima las que conducen al bajo rendimiento y a la falta de concentración. En uno u otro caso, la depresión, el fracaso y la autoestima se encuentran asociados.

Coopersmith (1967) indicó que la baja autoestima está asociada con sentimientos de aflicción, autoaborrecimiento, síntomas psicósomáticos, sentimientos de depresión. A este respecto cabe aclarar la diferencia entre la baja autoestima y depresión: mientras la autoestima es un término utilizado para referirse a la percepción de sí mismo sobre el valor personal, la depresión es una perturbación del humor o talante el cual implica típicamente sentimientos de aprensión, melancolía, tristeza, abandono y devaluación.

La disminución de la autoestima que caracteriza a la adolescencia, se presenta principalmente en sus componentes físico y académico (Mestre y cols, 1992) que a su vez llevan consigo un aumento de la sintomatología depresiva. Una persona convencida de su propia falta de mérito espera la convalidación social de su propia visión negativa de sí misma y tiende a interpretar la conducta de otros seres humanos de acuerdo con sus propias expectativas.

Baumeister (1993) propone un modelo con los principales factores de riesgo para una baja autoestima partiendo de sus antecedentes y correlatos conductuales. Este incluye algunos datos de modelos previamente desarrollados por las formulaciones de James y Cooley.



El modelo anterior se explica como sigue: El nivel de competencia o suficiencia está directamente influido por el soporte recibido de las otras personas significativas. Se ha considerado que la apariencia física, la simpatía con los compañeros y la competencia atlética tiene una relación más estrecha con la aprobación o apoyo de los compañeros que de los padres. Contrariamente la competencia académica y el comportamiento general tienen una relación más estrecha con la aprobación de los padres y no con la de los compañeros. Los estándares de los padres y compañeros de la sociedad en su totalidad, atribuyen mayor valor a ciertas características, afectando por consiguiente el concepto que un individuo tiene de sí mismo, llevándole a la

depresión y en los casos más graves a la ideación suicida. En relación a esto, Monitt (1996) considera que la baja autoestima en algunas ocasiones se encuentra asociada con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, así como con rasgos de timidez y ansiedad social.

Si se disminuye la discrepancia entre estos estándares y las propias habilidades el individuo puede lograr ciertos cambios en su nivel de autoestima. No obstante los constructos del sí mismo son altamente resistentes al cambio, esto limita la posibilidad de que cambios en el medio ambiente sean por sí solos suficientes para elevar el nivel de autoestima.

Autoestima moderada.

Según Kimble y Helmreich (1972) una persona con autoestima moderada es aquella que se encuentra en mayor contacto con la realidad y con mayores posibilidades de lograr una adaptación social normal.

Según estos autores lo anterior sucede por que los individuos que presentan una autoestima alta o baja manifiestan una mayor necesidad de aprobación, en la autoestima alta los individuos establecen sus propias expectativas para la evaluación de su propio mérito esperando la aprobación de los demás y exhibiendo claras conductas de necesidad cuando se le retira, en tanto que en la autoestima baja, el individuo tiene pocas esperanzas de encontrar la aprobación social y por eso tiene una necesidad particular de recibirla.

Es importante considerar el punto de vista de Bednar et al. (1993) según el cual los niveles de autoestima pueden ser también resultado de eventos que nada tienen que ver con la influencia social de otros. Según este autor el sentido común llevaría a creer que niños aparentemente felices con padres afectuosos deberían mostrar una alta confianza en sí mismos, mientras que los niños cuyos padres fueron rígidos y críticos deberían mostrar una definición negativa sobre sí mismos.

Contrariamente a lo que podría suponerse, la experiencia clínica ha mostrado que eso no ocurre necesariamente, ya que se ha visto que algunos individuos que provienen de una niñez traumática son productivos y tienen confianza en sí mismos, y otros que aparentemente provienen de una educación y un soporte

ambiental adecuados pueden ser igualmente productivos pero con sentimientos de debilitamiento,desconfianza y baja autoestima.Estas observaciones sugieren que además de la influencia del aprendizaje social existe algo más involucrado en el desarrollo de una baja o alta autoestima.

Por ello es necesario prestar atención no sólo a la información que pueda proporcionar un instrumento de medición sino además a la historia personal del individuo y sobre todo observar su actitud sentimientos y pensamientos hacia si mismo en el momento actual.para de esta forma tener una idea más aproximada de su nivel de autoestima.

2.6 INVESTIGACIONES SOBRE AUTOESTIMA.

En la actualidad se han realizado numerosas investigaciones que tienen como principal objeto de estudio a los adolescentes y específicamente en lo que corresponde a la autoestima.En éste espacio,se hace una revisión de varias investigaciones que por su contenido resultan muy interesantes respecto al tema de investigación que se aborda en el presente estudio.

Baron Blugerman(19 5) realizó una investigación en la que correlacionó la autoestima,la autoridad parental y el conflicto familiar.encontrando que existía una asociación entre el conflicto familiar y la autoridad parental confirmándose que entre menor era la autoestima mayor era el carácter autoritario parental.

Rodriguez Almaraz(1985) investigó las diferencias en el autoconcepto entre los adolescentes epilépticos y no epilépticos.concluyendo que tanto unos como otros tienen un autoconcepto devaluado con características peculiares respecto a la etapa de la adolescencia como el sentirse ansiosos,deprimidos y con poca confianza en si mismos.

Aguilar(1989)efectuò una investigación sobre autocritica,autoestima y necesidad de afecto para observar sus interrelaciones.Encontrò que la autocritica està más estrechamente relacionada con la necesidad de afecto que con la autoestima,existiendo una baja correlación entre la necesidad de afecto y la autoestima. El autor supone que los altos niveles de autocritica incrementan

la necesidad de afecto y acercamiento a los demás, afectándose negativamente la estimación de sí mismo.

Israel Cohen(1990) investigó las características prevalentes en una población de estudiantes de primer ingreso a nivel medio superior. Los resultados encontraron notables diferencias en los niveles de autoconcepto entre hombres y mujeres, observándose en ellas un nivel mayor de autoconcepto. No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad. En relación al autoconcepto y las alteraciones emocionales o mentales, se encontró que las diferencias más pronunciadas estaban en los sujetos con baja autoestima en lo referente a la formación de la identidad, la autosatisfacción y el comportamiento.

Salamah(1991) realizó una investigación en la que examinó la relación entre autoestima y control parental, encontrando que la autoestima negativa correlacionó con el control parental, principalmente entre los hombres adolescentes. La inconsistencia en ese control parental correlacionó con una autoestima negativa tanto en hombres como en mujeres. Los datos sugieren que debido a la necesidad de autonomía, la relación positiva entre la autoestima y el control parental se revierte en la adolescencia y la adultez joven.

Salahu et.al(1994) realizaron una investigación sobre el desarrollo de la identidad y la autoestima en jóvenes adolescentes que se mantenían en cuidados de crianza, encontrándose que aquellos sujetos que tuvieron una alta identificación con sus familias mostraron significativamente más alta autoestima en comparación con los sujetos que tuvieron una baja identificación familiar.

Rivas et.al(1995) realizaron un estudio sobre la autoestima y la evaluación de la salud como correlatos de la conducta saludable en la adolescencia, reportando que ambos factores resultaron significativamente correlacionados con ciertas conductas saludables como la nutrición, la salud personal, la salud mental, abuso de drogas, aspectos sociales y la seguridad tanto en los adolescentes tempranos (12 y 13 años de edad) como en los adolescentes más grandes (16 y 17 años de edad). Según los autores éstos hallazgos confirman lo encontrado en otros estudios, que la autoestima tiene una enorme influencia sobre la salud mental especialmente durante el periodo crítico de la adolescencia y que más tarde marca importantes efectos en el autoconcepto de los individuos.

Montt y Ulloa(1996) estudiaron la relación entre la autoestima

social,familiar,escolar y personal con la salud mental de adolescentes consultantes a un servicio de salud mental en Santiago,Chile.Se encontró una relación significativa entre la autoestima general y la salud mental de los jóvenes(en especial las áreas social y personal),mientras que la baja autoestima se relacionaba con la presencia de trastornos psicológicos.El análisis señala además que no hubo relación significativa entre el sexo y la salud mental,y tampoco entre el género y la autoestima.

Existen otras investigaciones que han indicado correlaciones poco significativas entre la disfunción cerebral y la inteligencia con la autoestima.

Respecto al instrumento de medición que se utilizó para el presente estudio se consideraron las siguientes investigaciones:

Verduzco et.al (1989) realizaron un estudio de autoestima en niños de edad escolar entre los 8 y los 15 años de nivel socioeconómico medio y bajo para la traducción y elaboración de la primera versión en español del Inventario de Autoestima de Coopersmith. A partir de los resultados obtenidos elaboraron datos normativos correspondientes a la población mexicana, encontrando una gran coincidencia con lo reportado en otros países.

Verduzco y Lara-Cantú (1992) analizaron en esta investigación los principales síntomas del Trastorno por Déficit de Atención en relación con la autoestima. Los resultados muestran diferencias significativas entre los niños con déficit de atención que recibían tratamiento, los que no lo recibían y niños que no presentaban el trastorno, encontrándose una clara tendencia hacia puntajes menores de autoestima en los niños con trastorno de atención sin tratamiento.

Verduzco et.al (1992) llevaron a cabo la validación del Inventario de Autoestima para niños mexicanos entre los 8 y los 14 años de edad; el objetivo del estudio fue determinar la confiabilidad y validez de constructo del instrumento. Las autoras encontraron que el inventario presenta adecuados niveles de validez y confiabilidad (un coeficiente de 0.77) que permite contar con un instrumento psicométricamente adecuado a nuestra cultura.

Lara-Cantú et.al (1993) obtuvieron la validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith versión adultos para la población mexicana

encontrando que el instrumento es apto para ser utilizado en México.

Vazquéz Herrera (1995) realizó un estudio comparativo de la autoestima en niños enuréticos y no enuréticos encontrando que no existían diferencias significativas entre ambos grupos. La autora atribuye éste hallazgo a las actitudes de los padres de los niños enuréticos, los cuales no mostraban actitudes punitivas ni de rechazo hacia sus hijos, por lo que el desarrollo académico, social y la interacción familiar no se vieron afectados en éstos.

Como se ha revisado en este capítulo la autoestima constituye un atributo de la personalidad sumamente importante ya que representa a la evaluación que el individuo tiene de sí mismo, y que influye notablemente en la forma como éste se relaciona con su medio ambiente.

Dado que la autoestima se va desarrollando conforme el individuo crece, las experiencias personales, familiares y sociales, donde el aprendizaje interpersonal es fundamental, conforman el concepto y valor que el sujeto se atribuye como persona y miembro de una comunidad.

En la adolescencia éste proceso es muy significativo en tanto le permite al adolescente adaptarse e integrarse de una forma más adecuada a las exigencias propias de ésta edad en la medida en que también ha logrado integrarse más a sí mismo, y ha podido establecer un nivel de autoestima congruente con sus propios recursos. Dicho proceso conlleva dificultades especiales tanto para aquellos individuos que aparentemente han llevado un desarrollo "normal", como en aquellos que presentan ciertos problemas psicológicos.

Según lo mencionan algunos de los autores revisados, existe una estrecha asociación entre la baja autoestima y los problemas afectivos y de conducta propios de la psicopatología de la adolescencia, sin embargo definir cuál de éstos factores es causa o consecuencia del otro, resulta sumamente difícil.

Es posible que problemas de baja autoestima produzcan limitaciones en el funcionamiento adecuado del individuo para enfrentar las demandas ambientales produciendo con ello alteraciones del afecto y de la conducta, por otra parte éstas

patologías pueden desencadenar como consecuencia una baja autoestima que a la vez puede llegar a impedir el adecuado abordaje y tratamiento del adolescente, y por tanto la posibilidad de que éste sea productivo tanto para sí mismo como para los demás.

Con la finalidad de llegar a una comprensión más completa de lo anterior, en el capítulo siguiente se efectúa una revisión de las patologías más comunes durante la adolescencia, considerándose principalmente : los trastornos afectivos ,los trastornos de Conducta y los Trastornos adaptativos.

CAPITULO III

PSICOPATOLOGIA EN LA ADOLESCENCIA

3.1 ANTECEDENTES DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE.

El niño y el adolescente no han sido sino hasta muy tarde objeto de interés para los psiquiatras. Por lo general la psiquiatría de esos tiempos tendía a realizar descripciones y clasificaciones para la patología infantil basándose en las categorías que se tenían ya formuladas para los adultos.

Entre los primeros psiquiatras que en el siglo XIX comienzan a interesarse por el niño se encuentra P. Moreau de Tours que publicó en 1888 su libro titulado "La locura de los niños".

De igual manera el estudio de la adolescencia en esa época carecía del interés y la importancia que actualmente tiene en la sociedad.

Es a principios del siglo XX que el psicoanálisis modifica radicalmente la aproximación a los trastornos mentales del niño. Freud comienza a describir la psiquis infantil de una forma novedosa basándose en los planteamientos de la cura psicoanalítica de los adultos. Llegando incluso a describir la neurosis infantil, que según él aparecía de forma repetida en la neurosis de transferencia.

J. de Ajuriaguerra toma de Kanner la descripción del desarrollo de la psiquiatría infantil en los primeros cuatro decenios del siglo XX:

- 1) Introducción de la psicometría y divulgación de los trabajos psicoanalíticos.
- 2) Interés por la infancia y la juventud delincuente, creación de instituciones especializadas.
- 3) Inicio en los países anglosajones del movimiento para la creación de centros de cuidados infantiles. El interés por el medio de vida del niño familiar y escolar aparece claramente.
- 4) Primeros intentos terapéuticos con la difusión de las terapias inspiradas por el psicoanálisis.

A principios de la década de los 50's prevalecía el concepto de que la adolescencia era un período de tal conmoción emocional que resultaba difícil decidir si un adolescente sufría de alguna enfermedad psiquiátrica que requería tratamiento o bien si se trataba de la así llamada "conmoción normal de la adolescencia" y que desaparecería con el crecimiento ulterior.

Masterson(1975) sugiere que los efectos psiquiátricos de tal conmoción adolescente pueden ser considerados un producto de la interacción entre la conmoción en si y la estructura de la personalidad adolescente.

En los adolescentes que tienen suficiente integración y flexibilidad para soportar el "trauma de la adolescencia".la perturbación resultante sólo produce moderados niveles de ansiedad y depresión; a diferencia de aquellos en los que una patología caracterológica de la personalidad precipita una aguda crisis clínica frecuentemente acompañada de síntomas psicósomáticos que por lo general dejan residuos de rasgos de carácter patológicos para el desarrollo posterior.Es así que la personalidad adulta irá reflejando también todas esas perturbaciones tempranas.

3.2 CRITERIOS DE NORMALIDAD Y CONDUCTAS DESADAPTADAS .

Antes de abordar lo que se refiere a las conductas psicopatológicas de la adolescencia es necesario mencionar los criterios que con más frecuencia son empleados para definir lo que es una conducta adaptada o desadaptada.

De acuerdo a Sarason(1975) son 3 los criterios que se utilizan para definir las conductas atípicas:

Criterio estadístico - se basa en las desviaciones estadísticas considerando las respuestas y características que muestran las mayores distribuciones de frecuencias e intensidad dentro de una población o grupo determinado.

Criterio consensual - se hace una validación por consenso de las conductas y sus significados a través del acuerdo social,es decir,que juzgadas por la sociedad se salen de los límites de lo aceptable.

Criterio personal - el sujeto define su propia conducta considerando su propio juicio personal independientemente de los juicios de otras personas.

En lo que respecta a la existencia ya confirmada de determinados síntomas Stafford(1976) considera 6 criterios útiles para establecer si un síntoma es

normal o anormal: 1) gravedad, 2) frecuencia, 3) edad, 4) lugar, 5) ambiente social y 6) ambiente cultural.

Así se tiene que un síntoma sería normal si se presenta pocas veces, pero puede volverse anormal a causa de la gravedad o frecuencia con que ocurre, no es esperable para la edad del sujeto o bien no entra en los límites establecidos por determinada cultura o sociedad.

Existen algunas teorías explicativas acerca del origen de los Trastornos mentales éstas son dos de ellas:

La Teoría Psicobiológica sostiene que pueden comprenderse todas las manifestaciones psicopatológicas como expresiones de anomalías específicas de la función neurofisiológica.

La Teoría Psicodinámica, ampliamente extendida, considera que todas las formas de psicopatología son ejemplos de tensión o regresión del desarrollo a lo largo de un plano cronológico de maduración psicológica. Los síntomas y los signos se consideran como reacciones adaptativas o maladaptativas características de un nivel del desarrollo.

Esta teoría asume que los trastornos mentales son intentos disfuncionales por resolver conflictos psicológicos derivados de impulsos y deseos inconscientes.

Por su parte la Psiquiatría Infantil concibe a la mayor parte de los trastornos mentales de la infancia desde una perspectiva del desarrollo. Se considera que ciertos problemas surgen a causa de conflictos psicológicos o familiares no resueltos, o de tareas no dominadas durante las etapas específicas del proceso de crecimiento y desarrollo, en tanto que otros son resultado de la interacción compleja de fuerzas biológicas y ambientales.

Algunos trastornos por ejemplo el autismo dan por resultado la alteración de toda la vida, mientras otros pueden ser sólo característicos de un período particular como las crisis de identidad en la adolescencia. (Goldman, 1989).

Feinstein (1973), define 10 criterios a partir de los conceptos de Salud Mental para concebir a los adolescentes saludables:

1. Un tipo de salud mental puede desarrollarse en individuos que pasan fácilmente de una fase de desarrollo a otra sin que intervengan crisis visibles.

2. Estructuralmente un tipo de salud mental puede ser asociado a una organización psicológica con poco acceso a procesos inconscientes en forma de fantasías o regresión.
3. La capacidad del individuo de conservar adecuadamente funciones de búsqueda de objetivos que no desarticulen con sus propias habilidades y al mismo tiempo mantenga una línea de conducta consistente.
4. La salud mental está no sólo asociada a un balance de fuerzas internas sino también a una sensación subjetiva de bienestar y a una capacidad objetiva de adaptación.
5. Los prerequisites para tal balance son,entre otros,la experiencia de gratificaciones satisfactorias en la vida temprana sin demasiada frustración,el conocimiento de límites definidos sobre la conducta con castigos razonables y un firme y temprano entrenamiento religioso y ético.
- 6.La salud mental está influida por factores sociales y culturales y requiere para mantenerse un necesario ajuste de esas circunstancias.
- 7.Un atributo de la salud mental es la flexibilidad que depende del número de circunstancias a las cuales el tipo de personalidad se adecua con comodidad.
- 8.El número de identificaciones aprendidas tempranamente reviste un repertorio de roles que resulte conveniente para una variedad de circunstancias.
- 9.La salud mental como definición requiere el conocimiento de valores culturalmente derivados,y la cultura en la cual ellos existen.
- 10.Los sujetos comprendidos en un grupo mentalmente saludable no muestran una salud mental absoluta,la cual por cierto no existe.Más bien resulta adecuado analizar las relaciones reciprocas entre las múltiples variables que influyen para así obtener tipologías de salud mental dentro de límites probables.

En términos generales la salud mental depende del repertorio de roles sociales internalizados y el mantenimiento de un equilibrio saludable por medio de defensas contra los estrés abrumadores o por la capacidad de restitución cuando tales defensas están temporalmente vencidas.Puede suceder que ante ciertas circunstancias internas o medioambientales éstos procesos sean difíciles de realizar para el adolescente traducándose muchas de sus conductas en síntomas o alteraciones emocionales,somáticas o de conducta.

La mayoría de éstos síntomas corresponden sólo a la manifestación externa de la profunda metamorfosis que está experimentando,los cuales pueden

variar en intensidad y modos de presentación de acuerdo con el componente constitucional o con la forma como se hayan resuelto las áreas socioemocionales durante las etapas precedentes.

En relación a esto Anna Freud(1965) ha sido la más importante propulsora de la idea de que cierto grado de turbulencia emocional forma parte del proceso evolutivo normal de la adolescencia, su ausencia debería incluso preocupar o despertar la sospecha de una sobreadaptación o seudomadurez.

Silvia Riesco en 1986, demostró clínicamente la frecuencia de las llamadas "crisis de adolescencia" o reacciones de ajuste que conforme a su experiencia se caracterizan por alteraciones de conducta primero, somáticas después y emocionales finalmente.

Habría por tanto, síntomas emocionales normales que en rápida fluctuación darían paso a ciclos de angustia, depresión o ambos, y que terminarían con la normalización del estado de ánimo.

Son Aberastury y Knobel (1976) quienes describen de una forma más clara y sistemática los síntomas que se presentan en forma normativa durante la adolescencia. Estos autores incluyeron éstas características dentro de lo que ellos denominaron el "Síndrome de Adolescencia Normal" que se describe a continuación :

* Búsqueda de sí mismo y de la identidad adulta - a través de un proceso de estructuración yoica el adolescente va diferenciándose del mundo para llegar a tener su propio sí mismo.

* Tendencia grupal - la fragilidad yoica del adolescente le obliga a buscar otras identidades similares en los grupos de coetáneos, que le sirven tanto para depositar sus propias ansiedades como para estructurar su identidad.

* Necesidad de intelectualizar y fantasear - el adolescente intenta elaborar y compensar sus pérdidas infantiles con una intensa actividad de fantasías conscientes, sueños diurnos y actividades intelectuales diversas.

* Crisis religiosas - el adolescente oscila entre el ateísmo más absoluto y el misticismo más fervoroso en busca de otros ideales que le ayuden a encontrarse a sí mismo.

*Desubicación temporal - las nociones conceptuales de presente,pasado y futuro se elaboran durante la adolescencia,el adolescente tiende a ser inmediatista por la ansiedad que le provocan los cambios y por su incertidumbre con respecto al futuro.

*Evolución sexual manifiesta - ésta va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.El problema sexual del adolescente gira en torno a la reaparición de la conflictiva edípica,que tiene que resolverse una vez más,ahora en otro nivel para alcanzar una verdadera genitalidad madura y responsable.

*Actitud social reivindicatoria - los intensos conflictos emocionales que vive el adolescente respecto a la independencia y a los duelos que debe elaborar,le lleva a mantener una queja constante y sistemática del mundo adulto que le rodea.Es a través de la protesta y en algunas ocasiones de la violencia que el adolescente expresa sus ideas e intenta modificar lo que le desagrada.

* Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta - esto es consecuencia de la proyección al exterior que hace el adolescente de la ambigüedad que experimenta en su mundo interno.Sus conductas contradictorias son una especie de juego de ensayo y error que le permitirán estructurar sus actos posteriores de manera aceptable.

* Separación progresiva de los padres - la identidad,individualidad y subjetividad personal sólo puede ser obtenida por el adolescente,renunciando a la dependencia absoluta de la infancia para alcanzar así la independencia adulta.

* Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo - todos los cambios internos que experimenta el adolescente tienen su correlato en el plano psicosocial y emocional,produciendo como consecuencia intensas fluctuaciones anímicas que ni el propio logra comprender.

Es necesario considerar que muchos de éstos signos y síntomas no deben confundirse con patología ya que presentan el emergente emocional y de conducta de una compleja transformación interna,sin embargo por otra parte es conveniente observar que la fijación en uno o dos de tales signos puede dar paso a lo que podría ya considerarse como psicopatología (Florenzano,1985).

3.3 DIFICULTADES DIAGNOSTICAS .

La noción de que existen cuadros psiquiátricos propios del adolescente se remonta a las primeras descripciones psicopatológicas clásicas del siglo XIX. En 1891 Clouston desarrolló un trabajo sobre "neurosis del desarrollo" y en 1896 Kraepelin dividió las "psicosis del adolescente" en demencias precoces y psicosis maniaco-depresivas.

La evaluación diagnóstica durante la adolescencia plantea una enorme dificultad para el clínico que debe distinguir entre los comportamientos normales o esperados para esta edad de los que no lo son.

Dicha dificultad ha sido analizada y discutida por distintos teóricos con la finalidad de establecer criterios más claros que permitan entender los síntomas de un determinado trastorno dentro del período adolescente pero sin perder de vista la importancia o gravedad de los mismos.

Para ello es importante distinguir la psiquiatría adulta de la psiquiatría infantil y juvenil considerando los aspectos que Nissen(1991) señala como los criterios para definir a ésta última:

- * los trastornos emocionales, cerebrales, cognitivos y sociales de los adolescentes se encuentran condicionados por las pautas del mismo desarrollo.
- * existe la posibilidad de tratar con los padres y educadores para obtener un panorama más completo de su historia evolutiva.
- * se requiere de técnicas de indagación y categorías especiales por tratarse de un período de grandes metamorfosis biológicas, psicológicas y sociales, y en los contenidos y formas de los trastornos psíquicos.
- * se pueden obtener impresiones sobre el desarrollo infantil de los padres, ya que muchas veces son éstos quienes han tenido cierta influencia sobre los problemas que presentan sus propios hijos.

Erickson(1956) sugiere "no contemplar la adolescencia como una enfermedad sino como un proceso normativo en que el mayor conflicto es una fluctuación en la fortaleza del yo, por lo que en una indagación prejuiciada parecería una neurosis, sólo se trata de una crisis derivada del proceso de formación de la identidad."

Peter Blos(1962)expresa que se deben evaluar los aspectos no patológicos de ésta etapa del desarrollo durante la cual es normal que la personalidad presente muchos rasgos patognomónicos de varias enfermedades mentales.

Derivado de los puntos de vista anteriores la teoría psicoanalítica considera que debido a la débil estructura del Yo durante la adolescencia se deben considerar los siguientes aspectos :1)los síndromes psiquiátricos si es que existen son vagos y poco definidos,2)éstos son poco estables lo que hace que los pacientes pasen de una categoría a otra,3)muchas veces el sólo seguimiento de la vida posterior del paciente lleva a determinar si un cuadro sintomático dado era psicopatológico o si sólo se trató de la intensificación de las dificultades propias de la edad, y 4) los síndromes psiquiátricos son comunes y pasajeros en la mayoría de los adolescentes.

Materson(1972) plantea que el dilema psiquiátrico frente al diagnóstico en la adolescencia surge de la dificultad clínica para determinar si un adolescente sintomático padece una enfermedad psíquica que requiere tratamiento o si el cuadro que presenta se debe a la denominada crisis de la adolescencia que se corregirá con el crecimiento más adelante.Según éste autor éste dilema se acentúa debido a que la teoría psicoanalítica ha considerado que los síntomas psiquiátricos son comunes y pasajeros durante la crisis de adolescencia y que por tanto los pacientes logran por sí mismos disminuirlos e incluso desaparecerlos en el curso de la vida adulta.

Los datos encontrados por Masterson(1956 a 1962) a través de su experiencia clínica durante una investigación que realizó con adolescentes psiquiátricamente enfermos y adolescentes normales contrastan notablemente con lo planteado con la postura psicoanalítica.Este autor encontró que contrariamente a lo planteado por la teoría psicoanalítica los adolescentes no salían por sí mismos de los conflictos sino que la mayoría de éstos siguieron sufriendo los síntomas en edades posteriores con un considerable deterioro funcional.Observó además que los efectos psiquiátricos de una enfermedad provienen de unas características de personalidad y una estructura patológica ya existentes y que sólo se manifiestan y exacerban ante la crisis de la adolescencia.

Por último este autor propone que el clínico debe atender e interpretar el problema que se presenta tratando de analizar los defectos de fondo de la estructura del Yo, sin pasar por alto los signos de alteración o desadaptación que pueden implicar mayores dificultades de tratamiento y abordaje en la vida adulta.

La propuesta de ésta autor es sumamente valiosa ya que por un lado es cierto que se deben considerar todas las implicaciones que trae ésta crisis de la adolescencia, pero que también es necesario atender con mucha cautela a las manifestaciones que resulten más extrañas con el fin de entender y ayudar al adolescente para que éste pueda resolver las demandas propias de éste periodo, y adquiriera las habilidades necesarias para etapas posteriores.

3.4 SALUD MENTAL EN LOS ADOLESCENTES .

En los aspectos psicológicos los cambios que ocurren pueden provocar mayores tensiones e inseguridad y hasta modos de conducta aparentemente distorsionados que son observados con preocupación creyendo que se trata de intensos problemas patológicos.

En la adolescencia algunos cambios emocionales exagerados corresponden frecuentemente a las llamadas reacciones de ajuste o alteraciones reaccionales transitorias que se mencionan en las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos del adolescente.

Existen alteraciones normales en la adolescencia como los problemas emocionales simples o reacciones de ajuste que están caracterizados por alteraciones socioemocionales o de comportamiento que se presentan como la expresión de un conflicto entre las pulsiones y sentimientos del joven y su medio social, así como también alteraciones normales de la conducta como la imprevisibilidad de las respuestas, una rebeldía inmotivada y a veces episodios antisociales esporádicos.

Las preocupaciones somáticas son también frecuentes, y si son transitorias, normales. Para Noshpitz (1980), la excesiva preocupación por lo somático corresponde al repentino encuentro con un cuerpo nuevo y al duelo por el cuerpo infantil perdido.

No obstante lo anterior, existen sin duda algunas perturbaciones características del período de la adolescencia como la esquizofrenia (que suele manifestarse alrededor de ésta etapa), la expresión más clara de algunos rasgos neuróticos prefigurados desde edades más tempranas, y en especial la histeria, que se presentan a través de diversos síntomas somáticos. Por otra parte se encuentran otro tipo de comportamientos, que aunque de distinta índole son igualmente perturbadores, como la delincuencia juvenil y algunas formas de desviaciones sexuales.

Los estudios sistemáticos de frecuencia relativa y absoluta de los trastornos psiquiátricos específicamente en los adolescentes son muy escasos no obstante existen algunas estadísticas confiables. Entre ellas pueden citarse los estudios de McCulloch en Edimburgo 1968, donde verificó una tasa de envío a consultas por síntomas psiquiátricos de 9.08 en 1000 adolescentes. Al revisar los diagnósticos de 373 de esos envíos, comprobó 7% de psicosis, 20% de neurosis, 26% de trastornos de conducta, 17% de "crisis de adolescencia", 11% de desórdenes de la personalidad, 4% de cuadros orgánicos y 11% de adolescentes normales.

En un estudio estadounidense, Werner y del Gaudio 1976, precisaron la distribución de 1334 adolescentes de 12 a 18 años de edad que atendieron durante un período de dos años en los establecimientos psiquiátricos de Monroe Country, en Nueva York, donde encontraron 8.5% de esquizofrenia, 13.3% de neurosis, 31.4% de desórdenes de la personalidad, 27.1% de cuadros de ajuste (situacionales o reactivos), 2.8% de intentos de suicidio y 16.9% de otros diagnósticos de índole variada.

En un análisis llevado a cabo en la Unidad de Adolescencia del Hospital del Salvador, Silvia Riesco 1986, comprobó que los síntomas neuróticos o de otra índole derivados de una crisis de adolescencia constituían la primera agrupación de diagnósticos 39.5%, seguida por la neurosis 28.9%, las psicosis 9.2%, y la homosexualidad 9.2%. En porcentajes menores aparecieron las epilepsias 3.9%, la drogadicción 3.9%, los retardos intelectuales 2.8%, las alteraciones de la personalidad 1.3% y el transexualismo 1.3%.

Existen en la actualidad dos clasificaciones psiquiátricas para los trastornos mentales, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), para los fines de la presente investigación se toman en cuenta los criterios diagnósticos de esta última clasificación, considerándose específicamente dos tipos de trastornos:

- Trastornos Depresivos que incluyen el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia.
- Trastornos de Conducta que incluyen al Trastorno Disocial y al Trastorno Negativista Desafiante.

3.5 TRASTORNOS AFECTIVOS

El sentimiento depresivo durante la adolescencia se presenta como un fondo común que impregna todas las manifestaciones emocionales y conductuales de esta etapa, y aunque no aparece clínicamente de manera clara y definida, se le puede inferir. Se considera en general a la depresión como manifestación normal de este periodo; cuando adquiere características patológicas lo hace de manera atípica respecto de la enfermedad que se observa en los adultos.

En lugar del cuadro clínico habitual de la depresión hallamos en el adolescente un conjunto de síntomas que se denominan "equivalentes depresivos". El aburrimiento y la inquietud se manifiestan en este periodo en un grado notable; pierde rápidamente interés hasta en sus actividades favoritas y luego busca frenéticamente algo nuevo para entretenerse. No soporta la soledad ni siquiera por un breve momento, busca estimulación constantemente. Además del hastío el adolescente se queja frecuentemente de fatiga, oscila entre una fatiga abrumadora y una inagotable energía, parte de esa fatiga es fisiológica, resultado de los rápidos procesos del crecimiento que tienen lugar durante esta época.

Algunos síntomas enmascaradores de la depresión en el adolescente son: la conducta delictiva, promiscuidad, mal rendimiento escolar, cólera e irritabilidad, luchas de poder con la autoridad, fugas de casa y abuso de drogas.

Estas conductas son nada menos que intentos por evadir y minimizar los sentimientos depresivos que agitan el mundo interno del adolescente, el cual a través de éste paso a la acción pretende asegurar cierto control sobre los objetos externos de su entorno que están a punto de desbordarlo.

Desde la perspectiva psicodinámica Sandler y Joffe (1969) han considerado que el denominador común de todas las reacciones depresivas es la pérdida del objeto amoroso deseado, sea en la realidad o en la fantasía, y asociado a ello un fuerte sentimiento de desvalimiento. Si se acepta que la depresión es una reacción ante una pérdida, los individuos varían considerablemente en su capacidad para tolerar el dolor y la incomodidad de cualquier clase, sean físicos o mentales. En general la reacción inicial ante una pérdida es la cólera. Cuando la pérdida se produce durante el período de la latencia o en el primer período de la adolescencia, lleva al niño a odiar el objeto perdido, que según él siente que lo ha abandonado y traicionado. A menudo el niño manifiesta su cólera en síntomas de conducta o bien la controla por temor al castigo del superyó o como sucede con frecuencia dirige la hostilidad hacia sí mismo, con el sentimiento de que es malo y que ha sido abandonado por esa razón.

Por otra parte, el duelo por las pérdidas que el adolescente tiene que afrontar respecto al el cuerpo infantil, vínculos infantiles, identificaciones primitivas, pueden tener una connotación depresiva a nivel clínico; aún más cuando éstos cambios han significado malas experiencias infantiles que se han reprimido frecuentemente en el cuerpo o a través de los vínculos con los familiares.

Si las experiencias infantiles han sido introyectadas básicamente como "buenas" el duelo se da en un contexto de pena y culpa siendo la ansiedad depresiva la importante. En éstos casos, las defensas del Yo para superar las crisis difícilmente pueden llevar a la enfermedad depresiva.

Como una forma de no reconocer la presencia de sentimientos depresivos, los niños menores tienden a utilizar con frecuencia medidas defensivas como la regresión, en el caso de los adolescentes se utilizan a menudo la negación, y la represión, otros más intentan un desplazamiento hacia síntomas somáticos.

Los varones especialmente, sienten la necesidad de ocultar sus verdaderos sentimientos, en particular los que implican blandura, ternura o debilidad. La negación es una de los mecanismos más característicos del adolescente, empleado tanto en el nivel consciente como en el inconsciente lo ayuda

mucho a evitar los sentimientos depresivos. A veces el adolescente disimula deliberadamente sus sentimientos reales detrás de una máscara de felicidad y exhibe entonces el cuadro de la llamada depresión sonriente.

Fernández Mouján(1986) considera que se pueden delimitar tres posibles diagnósticos depresivos en la adolescencia:

1) Depresión reactiva prolongada como expresión de un duelo patológico. El comienzo es más o menos brusco y con algún desencadenante (pérdidas de objeto) se detecta ante una pérdida objetal antes de la pubertad.

2) Depresión neurótica. Aparece en personalidades antes depresivas que se descompensan por la adolescencia o por factores desencadenantes (pérdidas). El comienzo no es tan brusco pero cuando se instala el cuadro depresivo, es más difícil sacar de él a éstos pacientes.

3) Premelancolía adolescente. Se caracteriza por la intensidad, perioricidad e importantes manifestaciones somáticas de la depresión. Nunca llega a tener caracteres tan dramáticos como la melancolía adulta.

Debe considerarse que la producción de la depresión en la adolescencia se vé influida por la reactivación del complejo edípico y su resolución en ésta fase ocasiona una clara sensación de pérdida proveniente de una fase anterior.

Algunos datos epidemiológicos derivados de la psiquiatría indican que en la adolescencia la depresión puede empezar como una depresión breve recurrente o como distimia y convertirse después en un trastorno depresivo mayor. Por lo tanto es probable que todos los subgrupos de la depresión pertenezcan al mismo trastorno y su definición se deba solamente al curso específico que siguen los patrones sintomáticos y a su distinta severidad.

A continuación se describen los cuadros psiquiátricos correspondientes al Trastorno Depresivo Mayor y a la Distimia.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. La característica esencial de un episodio depresivo

mayor es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas(p.ej.las molestias y los dolores físicos)en lugar de referir sentimientos de tristeza.Muchos otros sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad(p.ej,ira persistente,tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás,o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).En los niños y en los adolescentes es común observar,más que un estado de ánimo triste o desanimado,un estado de ánimo irritable o inestable.

La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia..Por otra parte la alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como irritabilidad,consumo exagerado de alcohol,comportamiento histriónico,exacerbación de lobbies,síntomas obsesivos o preocupaciones hipocondríacas.

Criterios diagnósticos.

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas,que representan un cambio respecto a la actividad previa;uno de los síntomas debe ser por lo menos 1)estado de ánimo deprimido o 2)pérdida de interés o capacidad para el placer.

B. Los síntomas incluidos son los siguientes:

1)estado de ánimo deprimido la mayor parte del día,casi cada día según lo indica el propio sujeto(p.ej,se siente triste o vacío)o la observación realizada por otros(e.ej,llanto)Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2)disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades la mayor parte del día.

3)pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso(p.ej.un cambio de mas del 5% del peso corporal en un mes),o pérdida o aumento de apetito cada día.Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables para su edad.

4)insomnio o hipersomnia.

5)agitación(p.ej. incapacidad para permanecer sentado, paseos, pellizcar o arrugar la piel. la ropa o algún objeto) o enlentecimiento(p.ej.lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos,aumento de la latencia de respuesta,bajo volumen de la voz o mutismo)de las funciones psicomotrices.

6)fatiga o pérdida de energía.

7)sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados(que pueden implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones referidas a pequeños errores pasados).

8)disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión.

9)pensamientos recurrentes de muerte(no sólo temor a la muerte),ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

C.Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social,laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D.Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia(una droga o un medicamento) o a una enfermedad médica(p.ej.hipotiroidismo).

E.Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo,los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional.preocupaciones mórbidas de inutilidad,ideación suicida,síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Trastornos Asociados.

El trastorno depresivo mayor puede presentarse o estar asociado con los siguientes padecimientos: Trastornos relacionados con abuso de sustancias,Trastornos de angustia,Trastorno obsesivo-compulsivo,Anorexia nerviosa,Bulimia nerviosa,Trastorno límite de la personalidad.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio: el riesgo de suicidio es especialmente alto en los sujetos con síntomas psicóticos.historia familiar o personal con intentos o suicidio consumado.Por lo general,el trastorno depresivo mayor puede ir precedido

por un algún tipo de estrés psicosocial o bien en algunos casos por un trastorno distímico.

Edad.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, pero la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida.

Síntomas dependientes de la Cultura, Edad y Sexo.

Cultura - ésta puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas depresivos. Por ejemplo en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. Las diversas culturas pueden también diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p.ej. la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento).

Edad - algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social son especialmente habituales en los niños, mientras que el entumecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta.

En los niños prepuberales los episodios depresivos se presentan con más frecuencia en forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad).

En los adolescentes los episodios depresivos suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

En los ancianos son especialmente significativos los síntomas cognoscitivos como la desorientación, la pérdida de memoria y la distraibilidad.

Sexo - los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones tanto en adolescentes como en adultos, mientras que en la edad prepuberal los niños y niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que las tasas más bajas en ambos sexos se dan en las personas de más de 65 años.

Prevalencia.

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta .El riesgo para este trastorno en la población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los varones.

Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios, los ingresos económicos o el estado civil.

Curso.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas.por lo regular existe un periodo previo en el que se presentan síntomas ansiosos y depresivos leves que pueden llegar a durar semanas o meses.

La duración del episodio depresivo mayor es variable,aunque en promedio un episodio no tratado puede durar 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio.

Aproximadamente se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor,episodio único, tengan un segundo episodio.Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70% de posibilidades de tener un tercero,y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener el cuarto.La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno.

Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia a sustancias (especialmente alcohol o cocaína)pueden contribuir ya sea al inicio o a la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Patrón Familiar.

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con éste trastorno que en la población en general.

Hay pruebas de que existe un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado y un aumento de la incidencia de trastorno de déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con éste trastorno.

Diferencias con los criterios diagnósticos del CIE-10.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 mencionan 10 síntomas, a diferencia del DSM-IV, donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del trastorno depresivo mayor, y además requiere de la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de energía para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves.

TRASTORNO DISTIMICO

La característica esencial del trastorno distimico es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses o aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que éstos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana del individuo como parte ya de su forma de ser, es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

Criterios Diagnósticos.

A. Estado de ánimo crónicamente deprimido la mayor parte del día la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida o aumento de apetito.
- 2) Insomnio o hipersomnía.
- 3) Falta de energía o fatiga.
- 4) Baja autoestima.
- 5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- 6) Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años(1 año en niños y adolescentes) de la alteración,el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos.

D.No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración(1 año para niños y adolescentes);la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remision parcial.

Nota: antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente(ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses).Además tras los 2 primeros años(1 año en niños y adolescentes)de trastorno distímico,puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos,en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco,un episodio mixto o un episodio hipomaniaco,y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F.La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G.Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia(p.ej. una droga o un medicamento)o a una enfermedad médica .

H.Los síntomas causan un malestar clinicamente significativo o deterioro social,laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastornos asociados.

El trastorno distímico puede ir asociado a: Trastornos de la personalidad Límite, Histriónica, Narcisista, por Evitación y por Dependencia.

Sin embargo, la valoración de los trastornos de la personalidad en éstos sujetos es difícil porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada.

Edad.

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse de la siguiente manera:

Inicio Temprano - cuando el inicio de los síntomas se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

Inicio Tardío - cuando el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

Síntomas dependientes de la edad y sexo.

En los niños el trastorno distímico suele presentarse por igual en ambos sexos y provocar frecuentemente un deterioro del rendimiento y de la interacción social. En general los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables, tristes e inestables; tienen baja autoestima y escasas habilidades sociales.

En adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Prevalencia.

La prevalencia-vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuestos) es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3%.

Curso.

Frecuentemente el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso(en la niñez,adolescencia o al principio de la edad adulta),así como un curso crónico.

Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor,es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

Patrón Familiar.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

Diferencias con los criterios diagnósticos de CIE-10.

Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 exigen que el estado de ánimo depresivo se acompañe de 3 síntomas de una lista de 11(que contiene 5 de los 6 síntomas que aparecen en el DSM-IV).

La CIE-10 limita la coexistencia de episodios depresivos mayores y especifica que el trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un episodio de remisión total.

3.6 TRASTORNOS DE CONDUCTA

La mayoría de los jóvenes pasan sin dificultades serias de la fase dependiente de la niñez a la fase semindependiente de la adolescencia.Sin embargo existen problemas de conducta de algunos adolescentes que pasan con mayor dificultad esa transición llamando más la atención por tener a veces repercusiones más serias.Estos problemas de conducta del adolescente a diferencia de los problemas normales deben ser evaluados y manejados dentro del marco de referencia del periodo adolescente.

Según Mayer-Gross (1967) es posible que los problemas de conducta que no se hayan resuelto en la niñez aparezcan en la adolescencia en forma intensificada ya que los adolescentes disponen de una gama más amplia de actividades y de modos de expresión más numerosos; por ejemplo, el muchacho que cuando niño fue agresivamente hostil puede mostrar como adolescente una hostilidad abierta, y dirigirla contra alguna persona específica. Así los atributos infantiles de seducción, los sentimientos de indignidad y otros rasgos de la personalidad son llevados a la vida adolescente donde su expresión puede tener efectos más serios y de más largo alcance que en la niñez.

Las circunstancias y situaciones ambientales que no crearían tensión en la niñez pueden crearle problemas al adolescente que ya es vulnerable a las dificultades inherentes a este periodo de la vida. Un ejemplo común de ellas son las referidas a las exigencias académicas rigidamente crecientes junto con un ritmo acelerado de aprendizaje en la escuela secundaria, y que puede provocar pánico a un niño que anteriormente se había manejado a la perfección en la escuela e incluso hacerle dudar de su propia capacidad. El resultado de esto puede consistir en sentimientos de inferioridad y falta de autoconfianza.

En contraste con lo anterior, también es posible que ciertos conflictos que están a la raíz de algunas perturbaciones de conducta y personalidad preadolescentes se resuelvan ahora en la adolescencia aparentemente por que en este momento existe el estímulo y la motivación necesarios para el cambio que previamente había faltado.

Anthony menciona que existen algunas ideas comunes acerca del origen de la psicopatología de la conducta en los adolescentes :

- 1) el niño experimentó una carencia emocional significativa en sus primeros años de vida.
- 2) el niño no pudo establecer su propio orden de comportamientos y habilidades debido a que sus padres no le pusieron límites.
- 3) con frecuencia los padres, en especial la madre, fueron permisivos y lo estimularon en exceso, o bien sus actitudes hacia él no eran congruentes.
- 4) por lo general la conducta del niño representaba una fuente de placer o gratificación para alguno de los padres, pero que por otra parte era la expresión de la hostilidad inconsciente que este experimentaba hacia el

niño, ya que su conducta era a fin de cuentas manifiesta u ocultamente autodestructiva para sí mismo (Anthony, 1978).

Siguiendo a Mayer-Gross es importante considerar que la presencia del acting-out origina en la adolescencia serias implicaciones a las cuales debe prestárseles especial atención ya que pueden ser el origen de pautas de conducta antisociales, actividades perjudiciales, tendencias autodestructivas e incluso intentos de suicidio.

Entre los varones los problemas de conducta más frecuentes son el ausentismo escolar, el robo, intentos incendiarios, vandalismo y crueldad hacia personas o animales, mientras que en las niñas se presentan más el robo o pequeñas raterías en tiendas y la promiscuidad sexual.

Todos los problemas de conducta que se han mencionado anteriormente, pueden dar sólo indicios de la seriedad de algún trastorno, ya que no hay una correlación invariable entre el número y la intensidad de estos problemas y la gravedad de la entidad mórbida en términos de pronóstico. Problemas relativamente menores pueden ser los precursores de una esquizofrenia incipiente o de serios trastornos del carácter, o en contraparte numerosos episodios de acting out podrían ser sólo manifestaciones de situaciones transitorias de tensión.

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad y que persiste por lo menos durante 6 meses.

El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con los adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos ni negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

La aparición de comportamientos negativistas en la adolescencia puede deberse al proceso de individuación normal de ésta etapa.

Criterios Diagnósticos.

- A. Un patrón de comportamiento, negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses.
- B. Presencia de los siguientes síntomas:
 - 1) con frecuencia se encoleriza e incurre en pataletas.
 - 2) discute con adultos.
 - 3) desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus demandas.
 - 4) molesta deliberadamente a otras personas.
 - 5) acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
 - 6) es a menudo susceptible o fácilmente molestado por otros.
 - 7) es colérico y resentido.
 - 8) es rencoroso y vengativo.

Nota: debe presentar cuatro o más de los síntomas. Se considera que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y desarrollo comparables.

- C. El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, laboral o académica.
- D. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- E. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Trastornos asociados.

El trastorno negativista desafiante puede encontrarse asociado a los siguientes padecimientos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los Trastornos del aprendizaje y los Trastornos de la comunicación.

Sintomas dependientes de la edad y el sexo.

Edad - Puesto que en los niños preescolares y en los adolescentes son muy frecuentes comportamientos negativistas transitorios, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico del trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos períodos del desarrollo. El número de síntomas negativistas suele incrementarse con la edad.

En los varones el trastorno es más prevalente entre quienes durante los años escolares tienen temperamentos problemáticos (p.ej., reactividad elevada, dificultad para tranquilizarse) o una gran actividad motora. Durante los años escolares puede haber una baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales. Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros.

Sexo - El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes.

Prevalencia.

Se han encontrado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16% en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

El trastorno negativista desafiante es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes.

Curso.

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suele mantenerse a lo largo de meses o años. En una

proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial.

Patrón Familiar.

El trastorno negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista, aunque aún no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado del comportamiento negativista de los niños o su causa. Este trastorno es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves.

Diferencias con los criterios diagnósticos de CIE-10.

El DSM-IV y la CIE-10 comparten idénticos criterios diagnósticos pero difieren en sus condiciones diagnósticas. La definición de Trastorno Negativista Desafiante que recoge la CIE-10 puede incluir casos mucho más graves, ya que hasta dos de sus síntomas pueden extraerse de los criterios diagnósticos del trastorno disocial. En la CIE-10, el trastorno negativista desafiante se considera un subtipo más del trastorno disocial.

TRASTORNO DISOCIAL

Los comportamientos presentes en este trastorno se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales, comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. El

patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad.

Los niños y adolescentes con este trastorno suele iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros.

Criterios Diagnósticos.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

* Agresión a personas y animales.

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- (2) a menudo inicia peleas físicas.
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p.ej. bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
- (4) ha manifestado crueldad física con personas.
- (5) ha manifestado crueldad física con animales.
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p.ej. ataque con violencia, arrebatador bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- (7) ha forzado a alguien a un actividad sexual.

* Destrucción de la propiedad.

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distintos de provocar incendios).

* Fraudulencia o robo.

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
- (11) ha menudo miente para obtener bienes o favores o evitar obligaciones.
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (e.ej. robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos, falsificaciones).

***Violaciones graves de normas.**

- (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando éste comportamiento antes de los 13 años de edad.
 - (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
 - (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando ésta práctica antes de los 13 años de edad.
- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Subtipos.

Inicio infantil - Este subtipo se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser varones, frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad. Estos sujetos tienden a experimentar un trastorno disocial persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la época adulta más a menudo que los sujetos con un tipo de inicio adolescente.

Inicio adolescente - Este tipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros, aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros. Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad.

Especificaciones de gravedad.

Leve: son ninguno o muy pocos los problemas comportamentales que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y éstos problemas causan a otros daños relativamente pequeños (e.ej. mentir, hacer novillos, estar fuera de casa de noche sin pedir permiso).

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leve y grave (e.ej. robos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (e.ej. violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamientos con la víctima, destrozos y allanamientos).

Síntomas y trastornos asociados.

Síntomas - Los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas los sujetos agresivos que presentan este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas. Pueden ser insensibles careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento.

Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones de sus compañeros e intentar acusar a otros de sus propias fechorías. La autoestima es usualmente baja, aunque el sujeto puede proyectar una imagen de dureza.

Escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia son características frecuentemente asociadas. Las tasas de accidentes parecen ser superiores

en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padecen este trastorno.

Trastornos asociados - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos de aprendizaje, Trastornos de ansiedad, Trastornos del estado de ánimo y Trastornos relacionados con sustancias.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios

y peligrosos. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas.

La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable.

El trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio. El rendimiento académico, especialmente en la lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional de trastorno de aprendizaje o de la comunicación.

Factores Predisponentes.

Los siguientes factores predisponen al desarrollo de un trastorno disocial: rechazo y abandono por parte de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas incoherentes con disciplina dura, abusos físicos o sexuales, carencia de supervisión, primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa, asociación a un grupo de compañeros delincuentes y ciertos de tipos de psicopatología familiar.

Edad.

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 o 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia; es muy raro que comience después de los 16 años.

Un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias.

Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo.

Cultura - La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables puede ser útil al clínico.

Edad - Los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognitivas y madurez sexual. Los comportamientos menos graves tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros (p.ej. robo) lo hacen con posterioridad. Típicamente

los problemas de comportamiento más graves (p.ej. violación, robo con enfrentamiento con la víctima) tienden a manifestarse en última instancia. Sin embargo, existen notables diferencias entre individuos, algunos de los cuales incurren en los comportamientos más dañinos a una edad muy temprana.

Sexo - Las diferencias entre sexos también se observan en tipos específicos de problemas comportamentales. El trastorno disocial, especialmente el de tipo infantil, es mucho más frecuente en varones, éstos incurren frecuentemente en robos, en peleas, en vandalismo y en problemas de disciplina escolar. Por su parte, las mujeres propenden a incurrir en mentiras, ausentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución.

Prevalencia.

La tasa de prevalencia en los varones de edad inferior a 18 años oscila entre el 6 y el 16%, en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9%.

Curso.

El curso del trastorno disocial es variable; en una mayoría de sujetos el trastorno remite en la edad adulta, sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios del trastorno antisocial de la personalidad. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada.

Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

Patrón Familiar.

El riesgo de trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial.

El trastorno parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia, o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial.

Diferencias con los criterios diagnósticos del CIE-10.

Aunque en formatos diferentes, los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 para el trastorno disocial resultan casi idénticos.

En la clínica es muy poco frecuente que se presenten padecimientos psicológicos puros, especialmente en la adolescencia las alteraciones del afecto y la conducta suele acompañarse de otros padecimientos. En la muestra estudiada se encontró que los síntomas depresivos o de conducta eran parte de un Trastorno adaptativo, por lo cual en el siguiente apartado se describen éste tipo de trastornos.

3.7 TRASTORNOS ADAPTATIVOS

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable.

El estresante puede ser un acontecimiento simple (p.ej. la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples. Este puede afectar a una persona, una familia, un grupo o comunidad (p.ej. cuando sucede una catástrofe natural).

También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo como ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse, entre otros.

Criterios Diagnósticos.

- A. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Presencia de los siguientes síntomas:

- 1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
- 2) deterioro significativo de la actividad social ,laboral o académica.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.

D. Los síntomas no corresponden a una reacción de duelo.

E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo si aparecen en respuesta a un estresante crónico, o a un estresante con repercusiones importantes.

Subtipos.

Con estado de ánimo depresivo - las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

Con Ansiedad - las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud, o en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo - las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

Con trastorno de comportamiento - la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás, y de las reglas o normas apropiadas a la edad.

Con alteración mixta de las emociones y del comportamiento - las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales como trastornos del comportamiento.

No especificado - las reacciones desadaptativas a estresantes psicosociales no son clasificables dentro de uno de los subtipos específicos del trastorno adaptativo.

Trastornos asociados.

Los trastornos adaptativos se asocian a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio.

La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital).

Síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo.

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar, ya que la naturaleza, el significado, la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas.

Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

Prevalencia.

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

El porcentaje de individuos tratados por la presencia de trastornos adaptativos se sitúa aproximadamente entre el 5 y el 20%.

Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar éste trastorno.

Curso.

Por definición la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan terminado.

Si el estresante es un acontecimiento agudo, el inicio de la alteración suele ser inmediato, y la duración es relativamente breve. Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

Tomando en cuenta la duración de los síntomas el trastorno adaptativo puede considerarse:

Agudo - cuando la persistencia de los síntomas es menor a 6 meses.

Crónico - cuando los síntomas persisten 6 meses o más.

Diferencias con los criterios diagnósticos del CIE-10.

A diferencia del DSM-IV indica para el trastorno adaptativo que los síntomas se inicien durante el primer mes,excluye además los agentes estresantes de tipo inusual o catastrófico.

La explicación psicodinámica de éstos trastornos indica como la principal causa de los conflictos reactivos y de la adaptación,al fracaso en procesar adecuadamente los desafíos con los mecanismos mentales de la estructuración psíquica.

Según éste punto de vista, el Yo afronta las resoluciones del crecimiento regresando parcialmente a la fase indiferenciada de las relaciones objetales como paso esencial en el fomento del desarrollo del Yo Una vez que la regresión alivia la ansiedad,el Yo sano puede resolver rápidamente las demandas psicosociales mediante el dominio de las realidades externas utilizando soluciones del desarrollo anterior.

Pero cuando la intensidad del estrés abruma temporalmente las soluciones del Yo disponibles,existen estados sintomáticos que afectan a los esfuerzos de aprendizaje y de resolución de la identidad.Estos estados sintomáticos son lógicamente retrasos del desarrollo porque no van acompañados de ningún trastorno mental grave.

El individuo comienza a presentar en respuesta a éstas dificultades las siguientes pautas sintomáticas: a) dificultad para tomar decisiones independientes congruentes con la nueva situación, b) mayor dependencia respecto del consejo y valores paternos, c) preocupación reciente y no justificada por la posesión paterna , d) hiperdependencia de los compañeros,e) incongruencia en los deseos inconscientes del adolescente por abandonar el hogar,f) ánimo depresivo , g) ánimo ansioso , h) conducta acting out , i) inhibición profesional o académica .

3.8 COMORBILIDAD

La existencia simultánea de más de un padecimiento en un mismo individuo es un fenómeno reconocido en la nosología médica y psiquiátrica.Este

proceso es conocido con el nombre de Comorbilidad influyendo notoriamente en las áreas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En los trastornos afectivos, conductuales y adaptativos tratados en éste capítulo se encuentra que pueden presentarse asociados al mismo tiempo otros padecimientos, y que por lo tanto es conveniente analizarlos para ver si son los precursores del padecimiento principal o surgen como resultado de éste, para que de ésta manera se pueda dar una mejor atención y tratamiento, y aún más tratándose del periodo de la adolescencia donde es tan difícil discriminar entre una patología y otra.

Feinstein (1970) propone la siguiente definición de comorbilidad: "cualquier entidad clínica distinta y adicional que ha existido o puede presentarse en el presente o en el futuro, durante el curso de un determinado padecimiento en estudio. Se aplica exclusivamente cuando hay coexistencia de enfermedades y no sólo de síntomas".

De acuerdo a Kaplan y Feinstein (1974) hay por lo menos tres distintos tipos de comorbilidad:

Patogénica - se presenta cuando una determinada enfermedad facilita el desarrollo de otra. Por ejemplo, es común encontrar un trastorno de agorafobia posterior a la instalación de una crisis de pánico.

Diagnóstica - cuando los diagnósticos de dos o más entidades clínicas se sustentan en síntomas individuales y no específicos, depende de que compartan síntomas similares y no su asociación. Por ejemplo, la dificultad de concentración se puede encontrar tanto en la ansiedad generalizada como en la depresión.

Pronóstica - la presencia simultánea de dos enfermedades puede predecir el desarrollo de una tercera. Por ejemplo el riesgo de desarrollar alcoholismo es elevado en un sujeto que tiene simultáneamente depresión y crisis de pánico.

El estudio de la comorbilidad en distintos tipos de psicopatología ha servido para hacer críticas a los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico que son muy teóricos y poco representativos de la práctica clínica. Con ésto, se pretende mejorar y adaptar la nomenclatura actual de una forma más adecuada, considerando además que en psiquiatría y psicopatología la comorbilidad no ocurre al azar y que por el contrario tiende a presentarse en patrones definidos con elevadas posibilidades de predicción.

Como se ha revisado, las dificultades para el diagnóstico en la adolescencia son evidentes dados los numerosos cambios que experimenta el individuo, produciéndose como consecuencia una serie de características muy peculiares y que pueden provocar distintos grados de desadaptación no necesariamente patológicos.

Si bien es importante definir el diagnóstico para poder establecer un tratamiento terapéutico adecuado, no deben pasar desapercibidas éstas manifestaciones, ya que desde el momento en que están produciendo alteraciones en el funcionamiento familiar, social o escolar del adolescente, es necesario examinarlas más a fondo para discernir si se trata sólo de una alteración transitoria o si existe un problema patológico más profundo.

Así mismo, considerar la comorbilidad de las perturbaciones psíquicas en la adolescencia puede ser útil para comprender, en el caso de la presente investigación, que los problemas afectivos pueden desencadenar a su vez problemas de conducta, y viceversa, afectándose en ambas situaciones la autoestima del adolescente (como se revisó en los capítulos precedentes).

A pesar de éstas limitaciones en el diagnóstico, la labor fundamental del psicólogo debe encaminarse a tener un conocimiento más preciso de la psicodinamia y manifestación de éstas perturbaciones, donde un elemento de especial importancia es la autoestima, ya que puede utilizarse como una herramienta más para el tratamiento del adolescente, en el sentido de que si éste se valora y estima positivamente a sí mismo, es más probable que esté dispuesto al cambio para enfrentar y elaborar adecuadamente sus propias dificultades.

Es así que en ésta investigación, se pretende conocer el nivel de autoestima en distintos grupos de adolescentes con la finalidad de establecer comparaciones, y además observar si la autoestima en éstos grupos puede verse alterada por la presencia de una patología específica del período de la adolescencia, o ser resultado del proceso natural de cambios que se producen en ésta época de la vida.

CAPITULO IV

M E T O D O

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

De acuerdo a Coopersmith la autoestima constituye un elemento muy importante dentro de la personalidad ya que al ser un juicio valorativo hacia sí mismo, condiciona la forma en que cada individuo se evalúa y se concibe, determinando a la vez tanto sus conductas como sus actitudes frente al medio ambiente que le rodea.

Considerando a la adolescencia como un periodo de la vida caracterizado por intensos cambios hormonales, físicos y psicológicos (incluidos los intelectuales, sociales y afectivos), en que se presenta una reestructuración importante de la imagen corporal; el objetivo del presente estudio es investigar el nivel de autoestima en distintos grupos de adolescentes.

Según el Censo General de Población y Vivienda de 1990 de la población total del país (81,249,645), 15,967,374 corresponde a la población adolescente entre 12 y 19 años de edad donde el 49% son varones y el 50.4% son mujeres.

En materia de salud mental el Hospital Psiquiátrico Infantil 'Dr. Juan N. Navarro', atendió en el año de 1995 un total 2568 pacientes adolescentes entre subsecuentes y de primera vez.

Respecto a la incidencia de los distintos trastornos psicológicos específicamente dentro de la Clínica de la Adolescencia, se observa que en los adolescentes de 13 a 18 años de edad los principales motivos de consulta corresponden a: 1) Trastornos de conducta, 2) Reacciones de adaptación a la Adolescencia y 3) Trastornos de las emociones, de acuerdo a la frecuencia con que éstos de presentan.

Tomando en consideración éstos padecimientos se ha observado en los pacientes que acuden a la clínica de la adolescencia la presencia de frecuentes

sentimientos relacionados con una baja autoestima como serían: autodesprecio, autorreproches, poca confianza en sí mismos e inseguridad, entre otros.

Por lo anterior, dada la significativa proporción de población adolescente que existe en el país, la importante incidencia de padecimientos psicológicos que se presentan en ésta etapa, así como el papel que juega la autoestima en este proceso de desarrollo, surge el interés por evaluar las características de la autoestima en los adolescentes, especialmente en aquellos con distintos trastornos psicológicos: trastornos afectivos y trastornos de conducta, con la finalidad principal de encontrar si existen diferencias entre éstos y los adolescentes sin trastorno psicológico específico para intentar determinar si las diferencias en la autoestima se producen como resultado de la presencia o no de patologías específicas, o bien, si las características de la autoestima se alteran como resultado del proceso natural de los cambios en la adolescencia.

La finalidad de la presente investigación es aportar elementos, en especial a los profesionales de la salud mental y de la educación que trabajan con población adolescente, que les permitan comprender y atender los problemas de autoestima de los adolescentes en el sentido de proveerlos de las habilidades y capacidades personales que les permitan un desempeño y adaptación más satisfactorios durante ésta etapa de la vida, y a la vez cimentar mejores bases para su desarrollo posterior en la vida adulta.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo.

- * Las características y el nivel de autoestima presentan diferencias entre los adolescentes con trastornos afectivos, trastornos de conducta y adolescentes sin un trastorno psicológico específico.
- * El nivel de autoestima es resultado de la presencia de una patología específica durante la adolescencia.

Hipótesis estadísticas.

Ha 1 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 1 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 2 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes varones que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 2 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes varones que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 3 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre las adolescentes mujeres que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellas que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 3 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre las adolescentes mujeres que presentan trastornos afectivos, trastornos de conducta y aquellas que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 4 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres.

Ho 4 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres.

Ha 5 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes de 13, 14 y 15 años de edad.

Ho 5 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes de 13,14 y 15 años de edad.

Ha 6 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 6 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 7 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes varones que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 7 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes varones que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 8 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre las adolescentes mujeres que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellas que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ho 8 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre las adolescentes mujeres que presentan trastornos afectivos,trastornos de conducta y aquellas que no presentan un trastorno psicológico específico.

Ha 9 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas escolar,social,hogar,deseabilidad social y self general entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres.

Ho 9 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas escolar,social,hogar,deseabilidad social y self general entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres.

Ha 10 Existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes de 13,14 y 15 años de edad.

Ho 10 No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima en las áreas familiar,social,escolar,self general y deseabilidad social entre los adolescentes de 13,14 y 15 años de edad.

VARIABLES

Variables Independientes

- * Adolescentes con Trastorno Afectivo(GRUPO 1).
- * Adolescentes con Trastorno de Conducta(GRUPO 2).
- * Adolescentes sin Trastorno psicológico específico(GRUPO 3).
- * Edad.
- * Sexo.

Variable Dependiente

- * Autoestima.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

V.I.(Trastornos Afectivos)- Son alteraciones del humor o de la afectividad que pueden presentarse con síntomas depresivos,de ansiedad o mixtos(ansiedad-

estado de ánimo depresivo). Los síntomas de estado de ánimo depresivo se manifiestan predominantemente con llanto o desesperanza.

Las manifestaciones predominantes en la ansiedad son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud (DSM-IV).

V.I. (Trastornos de Conducta) - Es un patrón persistente de conducta en el que se violan los derechos básicos de los demás y las normas sociales apropiadas a la edad. Este patrón de conducta se da en la escuela, en la casa y en la comunidad. (DSM-IV).

V.I. (Sin trastorno Psicológico Específico) - De acuerdo a la evaluación multiaxial del DSM-IV, el eje V (Evaluación de la actividad global) señala que una salud mental adecuada se manifiesta a través de una actividad satisfactoria dentro de una amplia gama de actividades, es socialmente eficaz, generalmente satisfecho con su vida y sin más problemas o preocupaciones que los cotidianos, ausencia de síntomas, pero si éstos existen son transitorios y constituyen únicamente reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales, existiendo sólo una ligera alteración en la actividad social, laboral o escolar del individuo.

V.I (Edad) - Tiempo que una persona ha vivido en los períodos de la vida humana.

V.I (Sexo) - Distinción fundamental relativa a la condición orgánica reproductiva dentro de una especie. Es la suma de características que diferencian a lo masculino y femenino.

V.D (Autoestima) - Es la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto hacia sí mismo. Es una expresión subjetiva del valor personal que el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresivas abiertas (Coopersmith, 1967).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

V.I (Trastornos Aféctivos) - Definición de Trastorno Aféctivo de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.

V.I. (Trastornos de Conducta) - Definición de Trastorno de Conducta de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.

V.I (Sin trastorno psicológico específico) - Se consideraron los datos obtenidos del cuestionario exploratorio que descartó la presencia de patología.

V.I (Edad) - Individuos entre los 13 y 15 años de edad que cubre el período de la adolescencia temprana.

V.I (Sexo) - Individuos de sexo masculino y femenino.

V.D (Autoestima) - Puntuaciones obtenidas a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith en las áreas: familiar, social, escolar, self general y discapacidad social .

POBLACION

La muestra fué obtenida de dos poblaciones diferentes: pacientes de la Clínica de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr.Juan N.Navarro" y estudiantes de la escuela secundaria diurna # 71 "Narciso Bassols" .

MUESTREO

Se trató de un muestreo no probabilístico, por cuota e intencional, ya que los individuos de la muestra fueron elegidos con base en determinadas características como la edad,el diagnóstico clínico en los grupos 1 y 2 ,y la ausencia de un diagnóstico específico en el caso del grupo 3.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por cuarenta y dos individuos adolescentes entre los 13 y 15 años de edad hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo, con escolaridad de secundaria.

Ventiocho de los sujetos, fueron los pacientes que acuden a la Clínica de Adolescencia, los cuales se asignaron a dos grupos considerando su diagnóstico clínico de acuerdo al DSM-IV y a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión :

Catorce de los adolescentes debieron presentar un diagnóstico clínico de Trastorno Afectivo (GRUPO 1).

Los otros catorce adolescentes debieron presentar un diagnóstico clínico de Trastorno de Conducta (GRUPO 2).

Criterios de exclusión :

Se excluyeron aquellos individuos que presentaron datos de organicidad, nivel intelectual inferior (o subnormal) y que se encontraban en tratamiento farmacológico y/o terapéutico.

Los catorce individuos restantes que no presentaron un Trastorno psicológico específico (GRUPO 3) fueron elegidos de la escuela secundaria pública utilizando para ello el siguiente cuestionario exploratorio para descartar la existencia de rasgos psicopatológicos en dicha población.

** Cuestionario Exploratorio.*

El cuestionario fue diseñado específicamente para descartar los síntomas patológicos correspondientes a los trastornos más frecuentes de la Adolescencia

tomando en consideración los criterios diagnósticos del DSM-IV para elaborar dichos reactivos.

Dicho cuestionario está constituido de dos partes:

La primera, contiene una entrevista breve que explora diversos aspectos como las relaciones interpersonales en el hogar y la escuela, rendimiento escolar, conducta y estado anímico general, actividades sociales, así como algunas cuestiones referentes al período de la adolescencia

La segunda, consiste en una lista con los principales síntomas que considera el DSM-IV para definir a los Trastornos afectivos y los Trastornos de Conducta. Esta lista está dividida en tres apartados: el área académico-cognitiva (que explora el aspecto escolar y cognoscitivo), el área de la Afectividad y el área de la Conducta (cada una explora los síntomas específicos para cada patología)

Para cada reactivo existen dos opciones de respuesta: SI (con qué frecuencia) y NO.

La presencia de patología se determinó considerando que una respuesta afirmativa a cinco o más de los síntomas del área de la Afectividad define un Trastorno Afectivo ya sea un Trastorno depresivo mayor o Distimia. Dentro de tales síntomas, deben ir incluidos por lo menos los dos siguientes: 1) un estado de ánimo deprimido y 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

En el área de la Conducta, una respuesta afirmativa a tres de los síntomas define un Trastorno de Conducta en especial un Trastorno Disocial y a cuatro de ellos un Trastorno Negativista Desafiante.

El área académico-cognitiva únicamente complementa la información de la entrevista y de las áreas anteriores.

El formato de éste cuestionario exploratorio se presenta en el ANEXO 1.

En términos generales los adolescentes reunieron la mayoría de las siguientes características:

Promedio escolar mínimo de 8.

Desempeño satisfactorio en las actividades académicas.

Adecuadas relaciones interpersonales con maestros y compañeros.

Ausencia de reportes por mala conducta o ausentismo.

Adecuadas relaciones familiares y sociales.
Ausencia de cambios significativos en el estado de animo.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio prospectivo y cuasiexperimental donde los sujetos no fueron asignados al azar a cada grupo, sino que se seleccionaron en base a ciertas características que ya existían previamente como el diagnóstico clínico, y únicamente en base a los criterios de inclusión y exclusión se ubicaron dentro de los grupos.

Es además de tipo transversal y descriptivo-comparativo en el cual se recolectaron los datos en un sólo momento con el propósito de describir las variables, analizar su incidencia o interrelación en un momento dado y establecer comparaciones entre grupos.

DISEÑO

Para lo fines del estudio se utilizó un diseño factorial de tres muestras independientes para establecer comparaciones y encontrar entre éstas diferencias y similitudes.

Cada grupo estuvo constituido por catorce individuos, son los siguientes grupos: GRUPO 1 (adolescentes con trastornos afectivos), GRUPO 2 (adolescentes con trastornos de conducta) y GRUPO 3 (adolescentes sin un trastorno psicológico específico).

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Inventario de Autoestima de Coopersmith que se describe a continuación:

Stanley Coopersmith publicó en 1967 una escala de medición de la autoestima para niños de 5o. y 6o. grados, que ha sido ampliamente utilizada en la actualidad.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños (versión español desarrollada por Verduzco y cols.1989) consta de 58 reactivos y se aplica a una población entre los 8 y los 15 años de edad.

Cincuenta de los reactivos miden específicamente la autoestima, encontrándose agrupados en las siguientes cuatro subescalas:

Familiar(8 reactivos) - Se refiere a la imagen que el sujeto percibe que tienen sus padres de él y cómo se siente respecto a su familia.

Social (8 reactivos) - Se refiere a la autoevaluación que hace el individuo respecto a su desempeño social y al grado de aceptación que percibe por parte del grupo.

Escolar(8 reactivos) - Es la autoevaluación y valoración que realiza el sujeto respecto de su rendimiento escolar.

Self General(26 reactivos) - Señala el autoaprecio y autoevaluación global que hace un sujeto de su sí mismo. Esta escala está constituida por el promedio de la autoestima familiar, social y escolar.

Este inventario incluye además una escala de Desabilidad Social con ocho reactivos, y que mide el intento que hace el sujeto por dar una imagen favorable de sí mismo o su defensividad.

Los reactivos se responden con un SI o un NO, en algunos casos, una respuesta afirmativa indica una alta autoestima mientras que en otros, ésta es manifestada por una respuesta negativa.

La calificación total se obtiene de los puntajes sumados de los cincuenta reactivos que corresponden al área de la autoestima (familiar, social, escolar y self general) multiplicados por dos para dar una puntuación global sobre 100, lo que da un puntaje total.

Para cada una de las áreas pueden obtenerse puntuaciones parciales multiplicando el puntaje bruto de cada una por dos, se encontrarían entonces los siguientes puntajes máximos: 52 respecto al propio individuo (self general) y 16 en las otras tres áreas. Aún cuando no existen todavía normas correspondientes para estas áreas y las cifras no son comparables directamente, en esta investigación si se realizaron comparaciones entre áreas, pero considerando los puntajes brutos sin multiplicar.

La validez y confiabilidad de éste instrumento ha sido ampliamente estudiada, Kokenes (1973, 1974, 1978), Coopersmith (1982), Johnson (1983), Kozeluk y cols (1990).

En el caso de México, éste instrumento ha sido traducido y aplicado con buenos resultados en cuanto a su validez y confiabilidad (Verduzco y cols, 1989, Instituto Mexicano de Psiquiatría). Tales investigaciones han sido realizadas en población infantil con niños en edad escolar y niños con Trastornos de Atención.

A partir de la validación del instrumento realizada por dichas autoras, ellas sugieren no se apliquen los reactivos 8, 17, 32, 35, 37 y 57, por no ser válidos para niños mexicanos por cuestiones culturales. Sin embargo, para mantener la confiabilidad y validez del instrumento, se aplicó para ésta investigación el inventario completo.

También éste instrumento se ha aplicado a población adulta mexicana (Coopersmith, 1967, versión para adultos) obteniéndose una adecuada confiabilidad y validez.

El Inventario utilizado se presenta en el ANEXO 2.

PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionada la muestra de acuerdo a los criterios establecidos, se procedió a la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith, en una sola sesión de manera individual para los tres grupos.

Para la población clínica (grupos 1 y 2) el instrumento se administró a medida que iban llegando los pacientes, citados previamente o los remitidos directamente por el psiquiatra en ese momento, explicándoles que se requería su participación para la aplicación de un cuestionario para apoyar su tratamiento en el hospital.

En el caso de la población control (grupo 3) se requirió solicitar un permiso en la Dirección General de Educación Secundaria de la Secretaría de Educación Pública para poder efectuar la aplicación en el plantel elegido. Una vez obtenida

la autorización tanto de la Secretaría de Educación Pública como del propio director del plantel se procedió a la aplicación.

Esta, se realizó en la escuela secundaria pública durante las horas libres de clase de los alumnos, considerando a aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión. En éste caso, a cada alumno se le explicó que la finalidad principal del estudio era conocer la forma como piensan y sienten los adolescentes actuales.

En segundo término, se procedió a administrar el cuestionario exploratorio a cada sujeto por separado. Considerando la observación clínica y la evaluación de las respuestas del adolescente, en ese mismo momento se determinó la posible presencia de rasgos patológicos afectivos o de conducta, una vez que éstos se descartaron se aplicó entonces el inventario de autoestima.

Obtenidos los datos correspondientes, se procedió a calificar e interpretar los resultados de acuerdo a las normas y parámetros establecidos por el instrumento.

Posteriormente se efectuó un análisis cualitativo para detectar las principales características de la autoestima general y en cada área tomando en cuenta primero la muestra total y después cada grupo particular.

Así mismo, se llevó a cabo el análisis cuantitativo para la prueba de hipótesis empleando un procedimiento estadístico para establecer comparaciones intergrupales por sexo y edad, considerando las puntuaciones globales de autoestima y las puntuaciones parciales de cada área.

ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de los resultados se efectuó con el paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSSPC) utilizando estadística descriptiva y no paramétrica con las siguientes pruebas estadísticas:

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, el Análisis de Varianza por Rangos de Kruskal-Wallis y la Prueba de Rangos de Scheffé para detectar la dirección de las diferencias.

CAPITULO V

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 42 adolescentes, 28 de los cuales fueron del sexo masculino en una proporción del 66.7%, y 14 adolescentes del sexo femenino en un 33.3%.

Las edades oscilaron entre los 13 y 15 años de edad encontrándose 15 sujetos de 13 años (35.7%), 16 sujetos de 14 años (38.1%) y 11 sujetos de 15 años (26.2%), siendo la edad promedio de 13 años 9 meses.

Respecto a la escolaridad todos los individuos cursan la educación secundaria, siendo que 9 adolescentes (21.4%) se encontraron en el 1er. Grado, 17 adolescentes (40.5%) en el 2º. Grado y 16 adolescentes (38.1%) en el 3er. Grado.

La muestra se dividió en tres grupos formados por 14 adolescentes cada uno, de acuerdo a los criterios de inclusión con base en el diagnóstico, para los grupos 1 y 2 se consideraron los diagnósticos consignados en los expedientes de la Clínica de la Adolescencia, y para el grupo 3 se utilizó un cuestionario exploratorio.

Los grupos quedaron conformados de la siguiente manera:

- Grupo 1 - Adolescentes con Trastornos Afectivos.
- Grupo 2 - Adolescentes con Trastornos de Conducta.
- Grupo 3 - Adolescentes sin un Trastorno psicológico específico.

En la tabla 1 se describe la constitución de cada uno de los grupos por sexo, edad y escolaridad.

TABLA 1

FRECUENCIAS ABSOLUTAS POR SEXO, EDAD Y ESCOLARIDAD DE LOS 3 GRUPOS.

		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
SEXO	Masculino	8	13	7
	Femenino	6	1	7
EDAD	13 años	5	3	7
	14 años	6	6	4
	15 años	3	5	3
ESCOLARIDAD	1°	1	1	7
	2°	6	7	4
	3°	7	6	3

En la tabla 2 se encuentran las medias de la muestra total con base en las puntuaciones totales de autoestima y las puntuaciones parciales de cada una de las áreas (Familiar, Social, Escolar, Self General y Deseabilidad Social).

TABLA 2

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS PARA LA MUESTRA TOTAL..

	Punt. Total	Familiar	Social	Escolar	Self General	Des.Social
<i>Media</i>	67.880	5.167	5.762	5.905	17.690	3.476

Para los fines que ocupa la presente investigación se presentan en éste capítulo los resultados de las comparaciones efectuadas en la muestra total ,entre los grupos, entre sexos, por sexos y entre edades.

En primer lugar, aparecen para cada una de éstas comparaciones, los puntajes correspondientes al análisis de las puntuaciones totales de autoestima y posteriormente, se muestran los puntajes obtenidos en cada una de las áreas del instrumento.

Es importante considerar que los puntajes que aparecen en las tablas para cada una de las áreas corresponden a la sumatoria obtenida de éstas áreas de acuerdo al número de reactivos siendo que las áreas social, escolar, familiar y deseabilidad social tienen 8 reactivos cada una y el área de self general tiene 26 reactivos. Mientras tanto, en lo que respecta a la puntuación total, ésta es resultado de la suma de todas las áreas multiplicada por 2, excepto el área de la Deseabilidad Social que no se contabiliza.

COMPARACIONES ENTRE LOS ADOLESCENTES DEL GRUPO 1,GRUPO 2 Y GRUPO 3.

A continuación se presentan en la tabla 3 las medias,el valor F y la significancia obtenidos del análisis de varianza para los valores de cada uno de los grupos, tanto por la puntuación total como en cada una de las áreas.

TABLA 3

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS PARA LOS 3 GRUPOS.

	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 3	F	SIGN.
	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>		
PUNT.TOTAL	64.571	67.214	71.857	1.032	.3655
FAMILIAR	4.928	5.000	5.571	.5727	.5687
SOCIAL	4.928	6.357	6.000	.3862	.0295*
ESCOLAR	5.785	5.714	6.214	.5427	.5855
SELF GENERAL	16.642	17.857	18.571	1.103	.3418
DES.SOCIAL	3.142	3.214	4.071	1.534	.2283

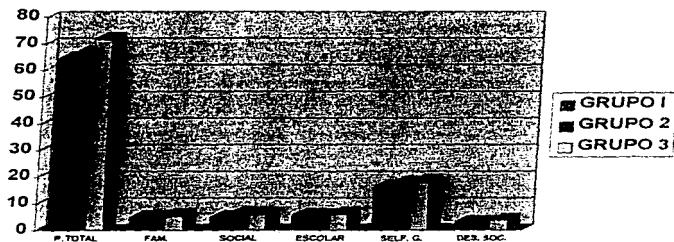
Considerando los puntajes incluidos en la tabla ,se observa que aunque No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre los adolescentes que presentan Trastornos afectivos,Trastornos de conducta y aquellos que no presentan un trastorno psicológico específico,se detecta que el grupo 3 muestra una media mayor en las puntuaciones totales de autoestima en contraste con los otros dos grupos.

Respecto a las áreas se observa que existe una diferencia estadística significativa en el Area Social encontrándose que el Grupo 2 es el que marcó la discrepancia con una media de 6.357, según la dirección de las diferencias encontrada por la prueba Scheffé. En el resto de las áreas no se encuentran diferencias significativas.

En la gráfica 1 se observan las medias de cada grupo para la puntuación total y por áreas.

GRAFICA 1

COMPARACIONES ENTRE ADOLESCENTES DE LOS 3 GRUPOS.



COMPARACIONES ENTRE LOS ADOLESCENTES VARONES DE GRUPO 1, GRUPO 2 Y GRUPO 3.

Se presentan en la tabla 4 las medias, valor F y significancia de las puntuaciones totales y las áreas, resultantes de la comparación entre los adolescentes varones de los 3 grupos.

TABLA 4

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS DE LOS ADOLESCENTES VARONES DE LOS 3 GRUPOS.

	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 3	F	SIGN.
	Media	Media	Media		
PUNT.TOTAL	67.25	67.30	73.71	2.246	.3253
FAMILIAR	5.37	4.92	6.00	1.770	.4127
SOCIAL	5.37	6.38	6.00	2.660	.2645
ESCOLAR	5.50	5.69	5.71	.3090	.8568
SELF GENERAL	17.37	18.07	19.14	1.802	.4061
DES.SOCIAL	4.00	3.23	4.00	1.564	.4574

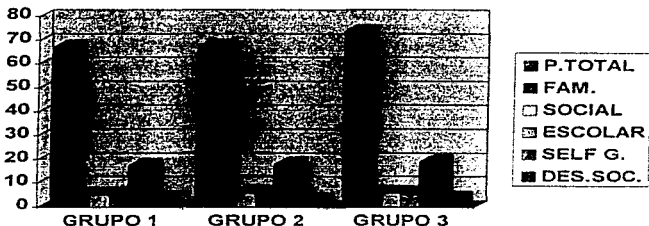
De acuerdo a los datos de la tabla se observa que No existen diferencias estadísticas significativas entre los adolescentes varones que presentan

- Trastornos Afectivos, Trastornos de Conducta y aquellos que no presentan un Trastorno psicológico específico, tanto en el nivel general de autoestima como en las puntuaciones de cada área.

En la gráfica 2 se observan las medias de los adolescentes varones de los 3 grupos, por puntuación total de autoestima y por áreas.

GRAFICA 2

COMPARACIONES ENTRE ADOLESCENTES VARONES DE LOS 3 GRUPOS.



COMPARACIONES ENTRE LAS ADOLESCENTES MUJERES DE GRUPO 1, GRUPO 2 Y GRUPO 3.

En la tabla 5 se muestran las medias, valor F y significancia obtenidas de la comparación por puntuación total y áreas entre las adolescentes mujeres de los 3 grupos.

TABLA 5

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS DE LAS ADOLESCENTES MUJERES DE LOS 3 GRUPOS.

	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 3		
	Media	Media	Media	F	SIGN.
PUNT.TOTAL	61.00	66.00	70.00	.3396	.7192
FAMILIAR	4.33	6.00	5.14	.4594	.6433
SOCIAL	4.33	6.00	6.00	1.482	.2691
ESCOLAR	6.16	6.00	6.71	.2882	.7551
SELF G.	15.66	15.00	18.00	.4493	.6493
DES.SOCIAL	2.00	3.00	4.14	4.847	.0309 *

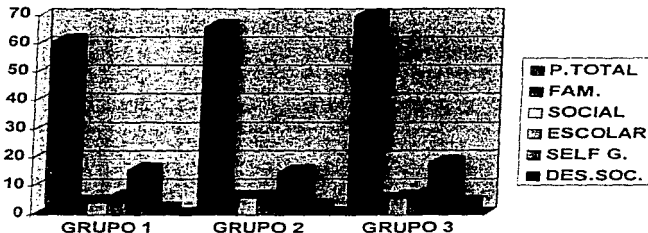
Respecto a las puntuaciones totales se encuentra que No existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de autoestima entre las adolescentes mujeres que presentan Trastornos Afectivos, trastornos de Conducta y aquellas que no presentan un Trastorno psicológico específico.

En el análisis de las áreas se observa una diferencia estadísticamente significativa en el área de Deseabilidad Social, marcando dicha diferencia el Grupo 3 con una media de 4.142, de acuerdo a la dirección de las diferencias encontrada por la prueba Scheffé.

En la gráfica 3 se observan las medias de las adolescentes mujeres de los 3 grupos, por puntuación total de autoestima y por áreas.

GRAFICA 3

COMPARACIONES ENTRE LAS ADOLESCENTES MUJERES DE LOS 3 GRUPOS.



COMPARACIONES ENTRE LOS ADOLESCENTES VARONES Y LAS ADOLESCENTES MUJERES DE LA MUESTRA TOTAL.

A continuación se presentan los valores obtenidos del análisis por la Prueba U de Mann-Whitney, en la tabla 6 se describen el valor de U y su significancia para la puntuación total y para las áreas.

TABLA 6

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS DE LA COMPARACION ENTRE ADOLESCENTES VARONES Y ADOLESCENTES MUJERES.

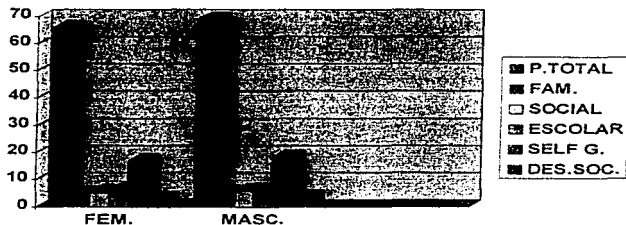
	U	SIGNIFICANCIA
PUNTUACION TOTAL	195.5	.9893
FAMILIAR	166.0	.4156
SOCIAL	151.5	.2245
ESCOLAR	137.5	.1042
SELF GENERAL	175.5	.5818
DESEABILIDAD SOCIAL	160.5	.3324

Según los datos observados, No se encuentran diferencias estadísticas significativas entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres de la muestra total tanto en el nivel de autoestima como en ninguna de las áreas.

En la gráfica 4 se observan las medias correspondientes a los adolescentes varones y las adolescentes mujeres para la puntuación total y las de las áreas.

GRAFICA 4

COMPARACIONES ENTRE ADOLESCENTES VARONES Y ADOLESCENTES MUJERES.



COMPARACIONES ENTRE LOS ADOLESCENTES DE 13, 14 Y 15 AÑOS.

Para ésta comparación se aplicó como se había mencionado anteriormente, un análisis de varianza no paramétrico y la Prueba Scheffé, en la tabla 7 se presentan las medias, desviaciones estandar, valor F y significancia tanto de la puntuación total como de las áreas.

TABLA 7

PUNTUACION TOTAL DE AUTOESTIMA Y POR AREAS DE LOS ADOLESCENTES DE 13, 14 Y 15 AÑOS.

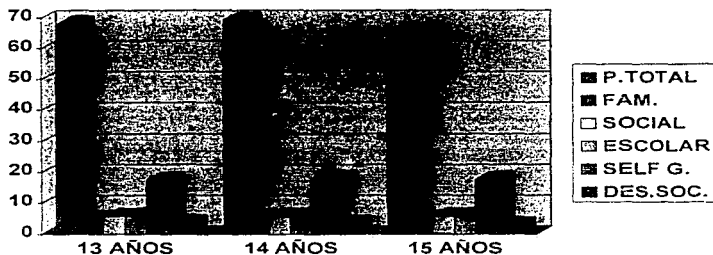
	GPO. 1	GPO. 2	GPO. 3		
	Media	Media	Media	F	SIGN.
P.TOTAL	68.26	69.25	65.36	.2661	.7678
FAMILIAR	5.066	5.312	5.090	.0890	.9150
SOCIAL	5.866	5.625	5.818	.1046	.9010
ESCOLAR	6.066	5.875	5.727	.1964	.8225
SELF G.	17.53	17.81	17.72	.0245	.9758
DÉS.SOCIAL	3.733	3.500	3.090	.5144	.6019

Por los datos encontrados puede observarse que No existen diferencias estadísticas significativas entre los adolescentes de 13, 14 y 15 años tanto en el nivel general de autoestima como en las puntuaciones de las áreas.

Enseguida se muestra en la gráfica 6 las medias de la puntuación total de autoestima y de las áreas para los adolescentes de 13,14 y 15 años.

GRAFICA 5

COMPARACIONES ENTRE ADOLESCENTES
DE 13,14 Y 15 AÑOS.



CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo a lo reportado en los resultados ,las hipótesis de trabajo planteadas para ésta investigación se rechazan aceptándose las hipótesis nulas donde se encuentra que No existen diferencias significativas en el Nivel de Autoestima entre los adolescentes con Trastornos Afectivos,Trastornos de Conducta y adolescentes que no presentan un Trastorno psicológico específico; y que dicho nivel de autoestima no es resultado de una patología específica durante la adolescencia como se había esperado.

Lo anterior puede indicar que aún cuando los adolescentes con problemas adaptativos,afectivos y de conducta presentan síntomas específicos,también presentan las características propias de la adolescencia,encontrándose que existen muchas similitudes entre los individuos tanto por sexo como por edades.A éste respecto,si bien plantea Gesell(1956) que cada edad presenta características muy específicas,pueden existir algunas áreas(en éste caso la Autoestima)que no presenten diferencias tan notorias de una edad a otra,como sucede por lo menos entre los adolescentes que fueron considerados dentro de ésta investigación.

También es importante tomar en cuenta la consideración de Sadker(1991) quien menciona que en los adolescentes existen diferencias tanto en el significado cognitivo de la autoestima como en las repercusiones de éste en su estado emocional,situación por la cual posiblemente en éste estudio no se presentaron diferencias significativas entre éstos grupos de adolescentes.

Por otra parte,los adolescentes sin un trastorno psicológico específico pueden mostrar a su vez algunas manifestaciones propias de éstos padecimientos como lo son algunos sentimientos depresivos (inquietud , pérdida de interés y energía, estado de ánimo deprimido, etc), alteraciones del comportamiento(irritabilidad,

bajo rendimiento escolar, patrones de conducta antisocial, etc) y dificultades diversas en la adaptación al medio ambiente. Es por ello que probablemente, con respecto al nivel de autoestima no se hayan presentado diferencias.

Sin embargo, es en la comparación de las áreas donde se observa una diferencia significativa entre los tres grupos, ésta se encuentra en el área Social (que se refiere a la autoevaluación que hace el individuo respecto a su desempeño social y al grado de aceptación que percibe por parte del grupo), y es específicamente determinada por el Grupo 2 de los adolescentes con Trastornos de Conducta, aceptándose en éste caso la hipótesis alterna.

Dicha discrepancia podría explicarse dentro del marco de los síntomas y dinámica que presentan éstos trastornos, ya que es precisamente en el ámbito de las relaciones interpersonales y sociales, donde se aprecian de forma más evidente tales dificultades.

Según Mayer-Gross (1967) los adolescentes disponen en ésta etapa de una gama más amplia de actividades y de modos de expresión más numerosos, es así, que con más frecuencia éstos tienden a expresar sus conflictos internos hacia el exterior a través de la actuación directa de sus pulsiones. Este autor considera que es muy importante tomar en cuenta las conductas acting-out durante la adolescencia, ya que estas pueden ser las precursoras de ciertas tendencias antisociales, actividades perjudiciales o tendencias auto y heterodestructivas, que se observan con frecuencia en los trastornos de conducta en síntomas como: molestar deliberadamente a otros, utilizar amenazas e intimidaciones, iniciar peleas físicas, dificultades con figuras de autoridad, y en los casos más severos, uso de armas, daños en la propiedad ajena y robo (Criterios diagnósticos del DSM-IV).

La otra diferencia significativa encontrada en ésta investigación se ubica en la comparación entre las adolescentes mujeres en el análisis de las áreas, aceptándose la hipótesis alterna en que si existen diferencias significativas entre las adolescentes mujeres con respecto a las áreas específicamente en lo que corresponde al área de la Deseabilidad Social (que se refiere al intento por dar una imagen favorable de sí mismo o la defensividad del individuo).

Esta diferencia fué marcada por el Grupo 3 de los adolescentes sin un Trastorno psicológico específico, debido posiblemente a que éstas adolescentes tenían un mayor interés por mostrar una imagen más favorable de sí mismas que aquellas

que presentan un trastorno afectivo o un trastorno de conducta, en donde la presencia de sentimientos depresivos de inutilidad, culpa y desesperanza, así como una disminución en el estado de ánimo y nivel de energía, les limita la posibilidad de relacionarse de una forma más activa con su medio ambiente, y simplemente es mínimo su interés por congraciarse con los demás.

Es de hacer notar que en estas adolescentes del Grupo 3, el intento por mostrar una buena imagen, es también resultado de las medidas defensivas que ponen en juego para evitar mostrar sus propios sentimientos, ante la posibilidad anticipada de ser juzgadas por los otros en términos de presencia o ausencia de patología (aunque ellas no tenían conocimiento de éste aspecto), situación que fué diferente para los otros dos grupos por el hecho de asistir a una institución psiquiátrica y tener ya un diagnóstico clínico determinado.

Finalmente, en lo que se refiere al análisis entre los adolescentes varones, entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres y entre los adolescentes de 13, 14 y 15 años, se aceptan las hipótesis nulas planteadas para dichas comparaciones dado que no se encuentran diferencias estadísticas significativas tanto en el nivel de autoestima como entre las áreas.

Al parecer no existen investigaciones que apoyen éste resultado en términos de las diferencias de autoestima entre los sexos y edades específicamente en la adolescencia, sin embargo existen algunas investigaciones realizadas sobre autoestima infantil, entre ellas las de Maccoby y Jacklin (1975) quienes afirman que no existen diferencias por sexo en la autoestima.

No obstante lo anterior, es importante destacar que con respecto a la prevalencia de los trastornos afectivos, de conducta y adaptativos la distribución de éstos padecimientos si es distinta para cada sexo; de acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) los varones presentan con mayor frecuencia perturbaciones de tipo conductual, en tanto que las alteraciones afectivas tienen una incidencia más alta en el sexo femenino. Por su parte, los trastornos adaptativos presentan una tasa de prevalencia semejante entre uno y otro sexo.

En ésta investigación la población estudiada presenta una distribución parecida en éstos trastornos, sin embargo considerando la muestra específica, la

prevalencia general de tales padecimientos es mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino en una proporción de 2 a 1.

Estos datos podrían atribuirse a el hecho de que tales conductas disruptivas parecen llamar más la atención en los varones por tener implicaciones sociales más serias como la drogadicción, el vandalismo y la delincuencia cuando se trata especialmente de los trastornos de conducta, y por tanto suelen ser referidos con mucho más frecuencia por parte de los padres o la escuela al psicólogo o a alguna institución psiquiátrica.

En el caso de las mujeres, la presencia de alteraciones del afecto suele considerarse normal, prestándosele menor interés en tanto no afecta directamente a los demás, aunque no por ello deba minimizarse la importancia de sus consecuencias negativas (como sucede con los intentos de suicidio).

En términos generales los resultados encontrados permiten concluir que el nivel de autoestima entre los adolescentes que presentan Trastornos afectivos y Trastornos de Conducta, no está determinado por la presencia de una patología específica, y que por el contrario, como sucede con los adolescentes sin un trastorno psicológico específico, las dificultades en la autoestima son resultado de los cambios que se producen en éste periodo tan particular del desarrollo humano.

La ausencia de tales diferencias en la autoestima entre éstos adolescentes, puede comprenderse desde el punto de vista de desarrollo del adolescente. Como lo indican Aberastury y Knobel (1976) existe un "Síndrome de Adolescencia Normal" donde se presentan síntomas específicos de ésta etapa, los cuales no deben confundirse con patología ya que representan en la mayoría de los adolescentes el emergente emocional y de conducta de una compleja transformación interna.

Considerando el punto de vista anterior, éstos adolescentes como tales, presentan características y experimentan cambios similares, independientemente de si presentan o no una patología psicológica específica.

Así mismo, también la autoestima como un estado psicológico presenta fluctuaciones y alteraciones durante la adolescencia, debido a la reestructuración que se produce en el aspecto físico y la imagen corporal, así como en el ámbito familiar, escolar y social del adolescente.

De acuerdo a lo anterior es importante considerar que si bien la autoestima se altera en la adolescencia, ésta no sólo es resultado de las modificaciones que experimenta el individuo en éste momento, sino que como lo señala Coopersmith(1967), el desarrollo de la autoestima tiene como antecedente las experiencias de aprendizaje vividas en los primeros años de vida para la formación del concepto de sí mismo, y en donde el vínculo con los miembros del núcleo familiar juega un papel fundamental.

Para éste autor, en la autoestima lo más importante es la cantidad de respeto, aceptación y trato que un individuo recibe de los otros significativos en su vida, viéndose afectada por la percepción del vínculo que exista en los miembros del grupo familiar.

Ahora bien, además de lo que el adolescente adquiere y aprende en la familia, las características de su personalidad también definen hasta cierto punto la forma como éste va a asimilar e integrar los eventos que suceden a su alrededor durante ésta etapa.

En éste sentido, Masterson(1975) señala que los adolescentes que tienen suficiente integración y flexibilidad en la estructura de su personalidad, las perturbaciones resultantes de la adolescencia sólo producen moderados niveles de ansiedad y depresión, mientras que en los adolescentes que presentan ciertas alteraciones caracterológicas de la personalidad, los cambios pueden precipitar crisis clínicas acompañadas de síntomas diversos.

Esta situación no excluye al proceso de la autoestima, ya que pueden existir adolescentes aparentemente sin trastornos psicológicos que presenten problemas de autoestima, y en contraste adolescentes con perturbaciones afectivas y conductuales pueden no presentar alteraciones importantes o significativas en la autoestima.

Hasta ahora no existen investigaciones que avalen o refuten éste aspecto, sin embargo, por el momento la presente investigación ha encontrado que no existe diferencias entre éstos grupos de adolescentes por lo menos en la población estudiada.

A partir de los resultados de la investigación cabe hacer un especial énfasis en los siguientes aspectos :

Primero, que la autoestima no se encuentra solamente influida por la presencia de un trastorno psicológico específico, ya que ésta es un proceso complejo que se encuentra condicionado por diversos factores tanto ambientales (experiencias de aprendizaje, medio social, interacción familiar) como internos (estructura de la personalidad y del carácter).

Y segundo, en relación al diagnóstico de psicopatología en la adolescencia, deben tenerse en cuenta las dificultades a las que se enfrenta el psicólogo para diferenciar lo que es un comportamiento patológico de lo que sólo constituye una alteración transitoria o de ajuste durante ésta etapa, ya que ésto resulta de vital importancia en el momento de diseñar estrategias y programas de intervención para el adolescente.

Para finalizar, cabe mencionar que considerando éstos aspectos podría ser posible lograr un conocimiento más completo de otros de los elementos que rodean al período de la adolescencia, y no sólo en relación a la autoestima como en el caso de la presente investigación, si no también en lo que se refiere a la psicopatología que se presenta en ésta etapa del desarrollo, para así lograr una comprensión más completa e integral tanto del adolescente "normal" como de aquel que presenta especiales dificultades.

CAPITULO VII

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones de ésta investigación se refieren principalmente al tamaño reducido de la muestra que fué utilizada, sin embargo ésto se debió a que fué difícil acceder a la población clínica para seleccionar a los individuos en base a los diagnósticos requeridos y a la edad. En otras ocasiones ocurrió que los pacientes que fueron citados para la aplicación del instrumento no se presentaron.

Por otra parte se encuentra que el instrumento no posee normas estadísticas propias para la población adolescente.

Considerando los puntos anteriores se sugiere emplear una muestra mayor que permita establecer generalizaciones más adecuadas, y para ello sería conveniente además que se estandarice el instrumento (Inventario de autoestima de Coopersmith) en nuestro país con individuos específicamente adolescentes.

En relación precisamente con el instrumento, es necesario considerar que si bien el Inventario de Autoestima de Coopersmith constituye una herramienta muy útil para medir éste atributo a través de la exploración en distintas áreas, lo hace de manera muy general en cada una de ellas, propiciando con ésto que el individuo realice una evaluación incompleta y superficial de sí mismo en éstos aspectos. Por lo tanto, sería conveniente tomar en cuenta dicha situación en el momento de interpretar y valorar los resultados obtenidos por éste instrumento.

En éste estudio no se evaluaron variables como el nivel socioeconómico, tipo de familia, organicidad o el nivel intelectual, ya que únicamente se consideraron como criterios de inclusión y exclusión para la población, y además éstas no fueron medidas directamente si no que se obtuvieron a partir de los datos consignados en el expediente, o bien se infirieron a partir de la entrevista.

Es por eso que se considera importante tomar en cuenta éstas variables para estudios posteriores ya que pueden aportar nueva información y abordar el problema de la autoestima desde otras perspectivas.

Finalmente una limitación más en ésta investigación se encuentra en la dificultad para definir los criterios de ausencia de patología o normalidad en población adolescente del grupo sin trastorno psicológico específico.

Aún cuando para el presente estudio se utilizó el diagnóstico como criterio de inclusión a grupos, se recomienda para otras investigaciones, emplear además de un cuestionario exploratorio como el utilizado, otros instrumentos más estructurados y estandarizados que permitan obtener un diagnóstico más fino y acertado.

REFERENCIAS

Aberastury,A. (1978) Adolescencia. Buenos Aires: Paidós.

Aguilar,V.J.(1989) Autocrítica,autoestima y necesidad de afecto. Medición e interrelaciones. Acta Psicológica Mexicana, 4 (1) . 9-14.

Alatorre,J. y Torres,H. (1994) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos.(Traducción selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association"). México:Facultad de Psicología , UNAM.

American Psychiatric Association (1995) Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (4a. Ed.) Barcelona :Masson.

Anthony,E.J. (1978) El niño neurótico,sociópata y psicótico. Buenos Aires: Paidós .

Baron Blugerman,L. (1985) Autoestima,autoridad parental y conflicto familiar. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica,UNAM.

Barrera Moncada,J. (1978) El adolescente y sus problemas en la práctica. Caracas :Monte Avila.

Battle,Ph.D. (1984) Culture-Free (SED) Inventories Self-esteem for children and adults.Palo Alto,California: Consulting Psychologists Press.

Baumeister,R. (1993) Self-esteem: the puzzle of low self-regard. New York:Plenum Press.

Bednar,R. (1989) Self-esteem : Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice. Washington,D.C : American Psychological Association.

Bee,H. (1987) El desarrollo de la persona en todas sus etapas.México: Harla.

Branden,N. (1993) El poder de la autoestima. Buenos Aires: Paidos.

Cortès,A.G. y Ortiz,N.S. (1990) Estudio comparativo de la autoestima en función del estatus. Tesis de Licenciatura,UNAM.

De Ajuriaguerra,J. (1973) Manual de Psiquiatría Infantil . Barcelona: Masson.

Feinstein,S. (1973) Psicopatología y Psiquiatría del Adolescente. Buenos Aires : Paidos-Assapia.

Fernández Mouján,G. (1986) Abordaje Teórico y Clínico del adolescente. Buenos aires : Nueva Visión.

Florenzano,U.R. (1985) El desarrollo psicológico y los problemas de Salud Mental en el adolescente. En L. Cummasky(Ed.) Crecimiento y Desarrollo.(pp.405-441) Organización Panamericana de la Salud.

Gesell,A. (1987) El adolescente de 10 a 16 años. Barcelona: Paidos.

Goldman,H. (1989) Psiquiatría General . México: Manual Moderno.

González,F.C. y Rodríguez,R.E. (1993) Autoestima y sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos:un estudio correlacional por género. ABP-APAL , 15 , 59-94 .

Hernández,S.R. (1991) Metodología de la investigación. México:Mc.Graw Hill.

Horrocks,J.E. (1984) Psicología de la adolescencia. México:Trillas.

Israel Cohen,T. (1990) El autoconcepto de adolescentes de Primer Ingreso a Nivel Educativo Medio Superior. Tesis de Licenciatura,UNAM.

Kaplan,H. (1989) Tratado de Psiquiatria. (2a.ed,Vol.2) Barcelona:Salvat.

Lara-Cantú,M. et.al. (1993) Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos,población mexicana.Revista Latinoamericana de Psicología, 25 (2) , 247-255.

Lebovici,S. (1988) Tratado de Psiquiatria del niño y del adolescente. (Vol. 1 y 3) Madrid : Biblioteca Nueva.

Masterson,J.F. (1972) El Dilema psiquiátrico del Adolescente, (1a. ed) Buenos Aires: Paidos-Assapia.

Masterson,J.F. (1975) Tratamiento del Adolescente Fronterizo.Buenos Aires: Paidos-Assapia.

Mayer-Gross,W. (1967) Las enfermedades mentales en el niño y en el adolescente, Buenos Aires: Paidos.

Mc.Kinney,J et.al. (1982) Psicología del Desarrollo,Edad Adolescente.México:Manual Moderno.

Montt,M.E. y Ulloa,C.F. (1996) Autoestima y Salud Mental en adolescentes. Salud Mental, 19 (3) , 30-35.

Musitu,G. (1984) Analisis Diferencial de la Autoestima Infantil. En M.P. Oñate (Ed.) Autoconcepto: formación,medida e implicaciones de la personalidad. (pp.89-95) Madrid : Narcea.

Nissen,G. (1991) Trastornos Psiquicos en la Infancia y la Adolescencia. Barcelona : Herder.

Oñate,M.P. (1989) Autoconcepto : formación,medida e implicaciones de la personalidad. Madrid : Narcea.

Organización Mundial de la Salud (1992) CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento . Barcelona : Masson.

Pepin, L. (1975) La psicología de los adolescentes. Barcelona: Oikos-tau.

Rivas,T. et.al. (1995) Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. Adolescence , 30 (118) ,403-411.

Rodríguez Almaraz,E. y Rodríguez Gallardo,G. (1985) Estudio comparativo del Autoconcepto en dos grupos de adolescentes epilépticos y no epilépticos.Tesis de Licenciatura,UNAM.

Rodríguez Estrada,M. (1988) Autoestima:clave del éxito personal. México : Manual Moderno.

Salahu,D. et.al. (1994) Identity development and self-esteem of young adolescents in foster care.Child and Adolescent Social Work Journal, 11 (2) 123-135.

Salamah,M.M. (1991) Self-esteem and Parental controls in late adolescence and young adulthood. Derajat-Nafseyah , 1 (4) ,679-702.

Sarason,I. (1989) Psicología Anormal . México: Trillas.

Sours,J.A. (1972) Las perturbaciones psíquicas del adolescente.Buenos Aires: Paidós.

Stafford-Clark,D. (1976) Manual de Psiquiatría Clínica.Buenos Aires: Paidós.

Stone,L. (1970) Psicología y psicopatología del desarrollo:desde el nacimiento hasta los 20 años. (1a. ed.) Buenos Aires: Paidós.

Weiner,I. (1976) Desarrollo Normal y Anormal del adolescente. Buenos Aires : Paidós.

Verduzco,M.A.,Lara-Cantù,M.et.al (1989) Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar : datos normativos. Salud Mental,12 (3) ,50-54.

Verduzco,M.A. , Lara-Cantù,M. et.al. (1992 a) La Autoestima en niños con Trastorno por Deficit de Atención. Salud Pública México, 31 (6) , 779-787.

Verduzco,M.A. , Lara-Cantù,M. et.al. (1992 b) Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. Instituto Mexicano de Psiquiatria.

Vázquez,H.M. (1995) Un estudio comparativo de la Autoestima en niños enuréticos y no enuréticos. Tesis de Licenciatura,UNAM.

ANEXO

1

CUESTIONARIO EXPLORATORIO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Parentesco Edad Escolaridad-Ocupación Tipo de relación

Cómo es la relación entre tus padres.

Cómo es la relación entre los hermanos

Ha existido en la familia algún acontecimiento importante que te haya afectado.

Cómo te describen tus familiares en tu casa.

Cómo describirías tu propia conducta en la casa.

Cómo describirías tu conducta en la escuela.

Describe en términos muy generales cómo consideras tu desempeño en la escuela.

En alguna ocasión has sido castigado, reportado por los maestros con tus padres o incluso expulsado de la escuela por tu comportamiento.

Describe de manera general cómo era tu conducta cuando eras pequeño.

Cómo es en general tu estado de ánimo.

Cómo describirías tu forma de ser, comportarte y pensar.

Cómo te sentiste cuando empezaron los cambios de la adolescencia y cómo te sientes ahora.

Además de tu cuerpo qué otros cambios notaste en tí.

Te han afectado personalmente o en tu relación con los demás éstos cambios

Cómo y por qué.

En general cuáles serían tus metas hacia el futuro.

En alguna ocasión has asistido al psicólogo (Si contesta afirmativamente, continuar con la entrevista).

A qué edad.

Por qué razón.

Durante cuánto tiempo.

Qué tipo de tratamiento recibiste, en qué consistía.

A qué se debe que haya terminado el tratamiento.

En éste momento te gustaría asistir al psicólogo. Por qué.

“ A continuación te voy a leer varios enunciados que mencionan algunos comportamientos, sentimientos y actitudes.

Escucha atentamente cada uno de éstos enunciados y contesta según éstos describan aspectos de tu conducta, tu forma de ser o cómo te sientes actualmente.

Responde con SI, si lo que dice la oración se aplica a tu situación actual y responde NO si lo que dice la oración no se aplica a tu situación actual.

No existen respuestas buenas o malas únicamente responde con la mayor seriedad y sinceridad posibles.

Recuerda que ésta información es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines de ésta investigación “.

AREA ACADEMICO-COGNITIVA

1. Has tenido dificultades para poner atención.
2. Has tenido dificultades para concentrarte.
3. Tu rendimiento escolar general ha disminuido en relación a otros años escolares.
4. Has tenido últimamente dificultades frecuentes con tus compañeros o con los los maestros debido a tu comportamiento.
5. Alguna vez has tenido un problema serio con algún compañero que incluso haya provocado insultos o golpes.

AREA AFECTIVIDAD

6. Has tenido dificultades para tomar decisiones. Cúales.
7. Te has sentido con falta de energía o fatiga.
8. Es frecuente que tu estado de ánimo sea bajo o vaya disminuyendo conforme avanza el día.
9. Has sentido ganas de llorar con frecuencia. Por qué.

10. Has notado alguna disminución en tu apetito perdiendo peso.
11. Has notado que tu consumo de alimentos es excesivo con un aumento significativo de peso.
12. Han aumentado tus horas de sueño.
13. Has notado alguna disminución en tus horas de sueño.
14. Ante algunas situaciones difíciles que hayas experimentado ,te has sentido excesivamente culpable, triste o inútil.
15. Ha disminuido tu interés o capacidad para disfrutar de tus actividades sociales, escolares o de entretenimiento.
16. En alguna ocasión te has aislado de los demás(familia, amigos).
17. Cuando tienes que realizar alguna actividad te sientes inseguro o con poca confianza en ti mismo.
18. Te has sentido tenso e irritable últimamente.
19. Alguna vez has experimentado la sensación interna de intensa preocupación, inseguridad o miedo.
20. Te has sentido alguna vez agitado o muy ansioso cuando tienes que realizar tus actividades diarias.
21. Te has sentido mas lento para realizar tus actividades diarias.
22. Frente a las situaciones que vives diariamente te has sentido pesimista, desanimado o con desesperanza hacia el futuro.
23. Cuando tienes que realizar alguna tarea o cuando las cosas no resultan como tú lo esperabas, te has sentido inferior, menos capaz que los demás o incluso que no sirves para nada.
24. Cuando experimentas alguna situación difícil ya sea en la escuela o en la casa, alguna vez has pensado que podrían ocurrir desastres como la muerte, ruina u otros daños a las personas que te rodean o a ti mismo.
25. Cuando te has sentido triste o desesperado has pensado alguna vez en causarte daño físico pero sin planearlo realmente.
26. Alguna ocasión has pensado que lo mejor sería ya no vivir.
27. Alguna vez lo has intentado.

AREA CONDUCTA

28. Es frecuente que te enojas con facilidad.
29. Es común que tengas discusiones frecuentes con los adultos(padres, hermanos, maestros, otras autoridades).
30. Alguna vez has molestado a propósito a otras personas.

31. Alguna vez has iniciado peleas físicas con tus compañeros o hermanos.
32. En alguna ocasión has acusado a otros por tus propios errores o mal comportamiento.
33. Si una persona adulta te solicita algún favor o te da alguna orden les reclamas o te niegas a obedecerlo.
34. Has tenido noviazgos antes de los 13 años de edad.
35. Alguna vez te has escapado de tu casa por lo menos dos veces viviendo con tus padres.
36. Has permanecido fuera tu casa durante la noche a pesar de las prohibiciones de tus padres.
37. Alguna vez has realizado actividades o acciones que podrían considerarse graves ya sea dentro del hogar o en la escuela.
38. Con frecuencia eres susceptible a los comentarios de los demás molestandote fácilmente.
39. Con frecuencia eres enojón y resentido.
40. A menudo eres rencoroso y vengativo.
41. Es común que te comportes agresivo verbal o físicamente hacia otras personas.
42. Alguna vez has lastimado o herido a los animales.
43. Por algún motivo has llegado a dirigir amenazas a otros.
44. Has efectuado en alguna ocasión robos de objetos de valor pero sin llegar a un enfrentamiento directo con la persona.
45. En alguna ocasión has robado algo enfrentándote directamente con la persona utilizando la violencia y amenazas.
46. Alguna vez has usado armas que puedan causar daño físico grave a otras personas.
47. Por algún motivo has llegado a dañar o destruir la propiedad de alguien (casa, objetos, automóvil).
48. En alguna ocasión has utilizado mentiras para obtener bienes o evitar obligaciones.

RECUERDA QUE ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL

GRACIAS POR TU COOPERACION

ANEXO

2

INVENTARIO DE COOPERSMITH - N

NOMBRE _____ FECHA DE APLICACION _____
 ESCUELA _____ GRADO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice como te sientes, casi siempre, pon una cruz(x) abajo de "SI" en la misma línea.

Si la oración No dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz(x) abajo de " NO" en la misma línea.

Ejemplo:

SOY MUY TRABAJADOR SI NO

Si eres muy trabajador marca "SI" x

Si no eres muy trabajador marca "NO" x

NOTA: NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS.

	SI	NO
1. Me gusta mucho soñar despierto.		
2. Me siento muy seguro de mi mismo.		
3. Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
4. Le caigo bien a la gente.		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos.		
6. Soy despreocupado.		
7. Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase.		
8. Me gustaría ser más chico.		
9. Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí.		
10. Puedo escoger fácilmente lo que quiero.		
11. Soy simpático.		
12. En casa me enoja fácilmente.		
13. Siempre hago lo que está bien.		
14. Me gusta como hago el trabajo de la escuela.		
15. Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer.		
16. Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo.		
17. Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago.		
18. Casi todos mis compañeros me escogen para jugar.		
19. A mis papás les importa mucho lo que yo siento.		
20. Siempre estoy contento.		
21. Hago mi trabajo lo mejor que puedo.		
22. Me doy fácilmente por vencido.		

	SI	NO
23.Generalmente me cuido solo.		
24.Soy muy feliz.		
25.Prefero jugar con niños más chicos que yo.		
26.Mis padres me piden que haga más de lo que puedo.		
27.Me cae bien toda la gente que conozco.		
28.Me gusta que me pregunten la clase.		
29.Yo entiendo como soy.		
30.Odio como soy.		
31.Mi vida es muy difícil.		
32.Mis compañeros casi siempre hacen lo que les digo.		
33.En mi casa me ignoran.		
34.Me regañan muy poco.		
35.Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela.		
36.Cuando oscojo hacer algo,lo hago.		
37.Me disgusta ser hombre(mujer).		
38.Me choca mi manera de ser.		
39.Me choca estar con otras personas.		
40.Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
41.Pocas veces me da vergüenza.		
42.Me disgusta la escuela.		
43.Muchas veces me avergüenzo de mí.		
44.Soy más feo(a) que los demás.		
45.Siempre digo lo que quiero.		
46.A los niños les gusta molestarte.		
47.Mis padres me comprenden.		
48.Siempre digo la verdad.		
49.Mi maestro me hace sentir que soy inútil.		
50.Me da igual lo que me pase.		
51.Todo lo hago mal.		
52.Me molesta mucho que me regañen.		
53.A los demás los quieren más que a mí.		
54.Mis padres son muy exigentes.		
55.Siempre sé que contestarlo a la gente.		
56.Me aburre la escuela.		
57.Los problemas me afectan muy poco.		
58.Quedo mal cuando me encargan algo.		