



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LAS PROBLEMATICAS MAS FRECUENTES DE LOS  
ADOLESCENTES EN LOS INICIOS DEL SIGLO XXI"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA LUISA IRMA GONZALEZ CRUZ

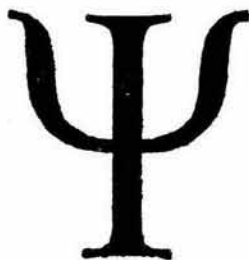
DIRECTORA DE TESIS: MTRA. MA. DEL CARMEN MONTENEGRO NUREZ

COMITE DE TESIS: LIC. MA. LUISA HERRAN IGLESIAS

LIC. GERMAN ALVAREZ DIAZ DE LEON

DRA. ZURAYA MONROY NASR

LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS



MEXICO, D. F.



ENERO 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## **AGRADECIMIENTOS**

**A RAYMUNDO:**

**POR EL APOYO INCONDICIONAL, TU  
PERSPECTIVA DE LA VIDA, tu amor Y LOS  
MOMENTOS COMPARTIDOS.**

**A MARI CARMEN:**

**POR TU APOYO ACADÉMICO y profesional,  
por transmitirme tus conocimientos, por  
permitirme la oportunidad de trabajar  
contigo y ante todo por tu amistad.**

## **DEDICATORIAS**

**A mis hijos:**

**Mario,**

**Raymundo**

**y Aldo**

**por ser los seres más amados para mi,  
gracias por su cariño apoyo y comprensión.**

**A norma:**

**Por el apoyo incondicional, por tantos  
momentos compartidos y principalmente por  
tu amistad.**

**A QUIENES ME APOYARON Y ALENTARON EN  
EL TRANCURSO DE LA ELABORACIÓN DE  
ESTE TRABAJO.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maria Luisa Irma

González Cruz

FECHA: 15-01-2004

FIRMA: 

## INDICE

| INDICE  | Página |
|---|--------|
| Introducción  |        |
| I Marco Teórico   | 1      |
| Capítulo 1<br>La Adolescencia desde el Enfoque Psicoanalítico | 1      |
| Capítulo 2<br>La Adolescencia desde el Enfoque Psicosocial    | 15     |
| Capítulo 3<br>La Adolescencia desde el Enfoque Clínico        | 26     |
| II Antecedentes   | 35     |
| III Método  | 41     |
| IV Resultados   | 44     |
| V Discusión   | 56     |
| VI Conclusiones   | 97     |
| VII Limitaciones y sugerencias                                | 106    |
| VIII Respuestas Categorizadas                                 | 108    |
| IX Anexos   | 112    |
| X Bibliografía  | 117    |

## INTRODUCCIÓN

Todos hemos escuchado la frase *todo tiempo pasado fue mejor*, frase utilizada predominantemente por personas mayores de 30 años, ante la total indiferencia de algunos adolescentes. Esta frase seguramente es una respuesta melancólica por el tiempo perdido, más que una realidad.

Hoy somos testigos de cambios vertiginosos que han impactado todos los segmentos que constituyen nuestra sociedad; por ejemplo, probablemente el término que más frecuentemente se vincula a la familia es el de *la disfuncionalidad*; el sistema de desconfianza es el tejido fino que caracteriza las relaciones interpersonales; la expresión natural de la sexualidad en la década de los 70's, bandera del movimiento hippie *peace and love*, ahora resulta ser una actividad de alto riesgo. Los modelos económicos que por años han regido nuestro país, han generado una gran marginación y pobreza. Así mismo, los planes de desarrollo educativo y laboral a nivel nacional son tremendamente segregacionistas, es decir, los empleos definen una perfecta correlación negativa con el crecimiento de la población: *a mayor crecimiento de la población menor crecimiento de los empleos*. En síntesis, el panorama para las nuevas generaciones resulta desolador, no obstante, se les sigue exigiendo a los jóvenes, como se ha hecho de manera tradicional, *que sigan estudiando para que cuando sean adultos puedan conseguir un buen empleo* y que se preparen con seriedad para una vida adulta productiva

Quizá el mejor ejemplo de las contradicciones que han impactado a los jóvenes, se ve reflejada en un movimiento estudiantil sin precedentes, que afectó a nuestra máxima casa de estudios en 1999, en el que predominó entre sus activistas la desconfianza, el escepticismo, el resentimiento, la radicalidad y la inexistente y necesaria utopía compartida.

Como respuesta a los diversos problemas de los jóvenes, la Universidad Nacional Autónoma de México estableció en las escuelas preparatorias, el programa denominado La Salud Integral del Estudiante Universitario. Dicho programa contempló, entre otros, el servicio psicológico para aquellos adolescentes que así lo requirieran. Para apoyar estas acciones se promovió, en estudiantes de Psicología, la realización del Servicio Social.

Es importante enfatizar que al ir realizando las actividades asignadas durante el Servicio Social surgió el interés por analizar la información que se iba capturando y por presentarla en el trabajo de tesis que hoy aquí nos ocupa.

El estudio se orientó a la población de estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 "Ezequiel A. Chávez", que capaz de externar voluntariamente su problemática, asistieron, ya sea por iniciativa propia o canalizados por algún profesor, al servicio psicológico del plantel.

Para dar fundamento al trabajo se hizo una revisión teórica del adolescente desde diferentes enfoques:

***Psicoanalítico:***

1. a) Peter Blos, autor que aporta conocimientos sustanciales sobre la post-adolescencia, etapa que considera, es fundamentalmente un periodo en cuyo transcurso el individuo elabora su relación final con sus progenitores, ya que la transición a la adultez implica un ordenamiento final de los atributos de la personalidad relativos a la experiencia con los padres, enfatizando en la creencia de los jóvenes, en cuanto a sentirse enteramente emancipados, pero por debajo de tal apariencia, sus autoconceptos pueden estar todavía ligados a sus papás mediante identificaciones reprimidas inconscientes.



- b) Arminda Aberastury, también psicoanalista cuyos conocimientos e investigaciones se orientaron fundamentalmente en niños y adolescentes, por considerarlo indispensable para la comprensión del funcionamiento del psiquismo humano ya adulto.
- c) Ana Freud, con sus contribuciones teóricas y clínicas de exacto sentido científico describe la técnica clásica del análisis de niños, su punto de vista teórico provee la base para la creación del trabajo analítico también con adolescentes. Discute y explica que los cambios que se hicieron en la técnica analítica de adultos deben hacerse también en el tratamiento analítico de niños, en el sentido de ganar acceso a los sentimientos y pensamientos en niños y adolescentes y engancharlos en el proceso analítico.

**Psicosocial:**

- a) Erick Erikson, quien introduce el término de identidad, al que le adjudica un doble sentido integrador: de autoaceptación y de introductor del individuo al mundo social, al que se entra en el periodo de la adolescencia.
- b) Piaget, eminente investigador en el campo de la psicología del niño, que hace un análisis descriptivo del desarrollo de los conceptos básicos, lógicos, matemáticos y morales desde el nacimiento hasta la adolescencia, sus trabajos de psicología genética y de epistemología buscan una respuesta a la pregunta fundamental de la construcción del conocimiento. Las distintas investigaciones llevadas a cabo en el dominio del pensamiento infantil y adolescente, le permitieron poner en evidencia que la lógica del niño no solamente se construye progresivamente, siguiendo sus propias leyes sino que además se desarrolla a lo largo de la vida pasando por distintas etapas antes de alcanzar el nivel adulto.
- c) Pearson H. J . Investigador preocupado por descifrar los procesos sociales que tienen que enfrentar los adolescentes durante su transición hacia la vida adulta. Procesos en los cuales enfatiza la obstaculización tanto de la sociedad como de los padres para que se llegue a buen termino la inserción de los jóvenes al mundo adulto.

***Clinico:***

Se revisaron los trastornos de la niñez y adolescencia con base en el DSM-IV, que es un sistema de clasificación nosológica reconocidos a nivel mundial el cual incorpora de manera sistemática los conocimientos psiquiátricos más actualizados generados por la investigación y la experiencia.

En cuanto a los antecedentes se buscó información en trabajos de tesis de Licenciatura realizadas en la Facultad de Psicología y en otras fuentes como revistas y reportajes, dentro de los últimos cinco años.

Este trabajo se propuso explorar las problemáticas actuales que más frecuentemente sufren los adolescentes. Para ello se realizó una investigación de campo en donde se utilizó como instrumento el reporte de la entrevista diagnóstica que se aplicó a cada joven de una muestra de 59 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 15 y 20 años, alumnos de una escuela preparatoria de la Ciudad de México.

Los resultados arrojaron como principal fuente de conflictos a la familia, siendo mayor la cantidad de mujeres las que solicitaron apoyo ante los problemas que les aquejan.

## ***I MARCO TEÓRICO***

### **CAPÍTULO 1**

#### ***LA ADOLESCENCIA DESDE EL ENFOQUE PSICOANALÍTICO***

El estudio psicoanalítico de la adolescencia ha sido trabajado entre otros, por Ana Freud (1936) y complementado por autores como Peter Blos (1975) y Arminda Aberastury (1988) quienes coinciden en que la adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que vulnera la personalidad y orienta la sexualidad hacia objetos amorosos fuera del entorno familiar, conduciendo a un replanteamiento de los lazos con los padres y a un cambio general de las relaciones interpersonales.

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos desadaptados, las fluctuaciones en el estado de ánimo, la inestabilidad en las relaciones, la depresión y el sentirse incomprendidos (Blos, 1979). En este mismo sentido Blos (1962 y 1979) planteó que la adolescencia constituye un segundo proceso de individuación que complementa el que tuvo lugar durante los tres primeros años de vida. Es decir, en la infancia, el niño aprende a andar y puede adquirir independencia física y confianza en sí mismo. Del mismo modo en la adolescencia hay una búsqueda de independencia, que por lo pronto es más afectiva y supone romper con lazos de dependencia con los padres. El niño para separarse de la madre la interioriza, mientras que el adolescente tiene que buscar nuevos objetos amorosos.

De manera general, la teoría psicoanalítica pone énfasis en factores internos que desencadenan el fenómeno adolescente y que se manifiesta en conflictos de integración social, en la ruptura con lo establecido como es la forma de vestir, de expresarse y la religión, entre otros.

De manera particular Freud, A ( [ 1936 ] 1984) menciona que en la adolescencia no se altera sólo un sector u otro de la personalidad, sino que es la totalidad de la personalidad la que se modifica; hay alteraciones en los impulsos debido a un aumento indiscriminado de la actividad sexual, así como en la organización del yo, adoptando una personalidad exageradamente estricta y muy defensiva o un yo abiertamente agresivo, sexual, primitivo y sin inhibiciones.

La autora menciona también que se dan alteraciones en las relaciones objétales, es decir, el adolescente como un intento eficaz por controlar sus impulsos genitales, se aparta de lo que hasta el momento fueron los más importantes objetos amorosos para él. Por otra parte, también se alteran los ideales y las relaciones sociales se dan en consecuencia de su separación con la familia ya que necesita sustituir el lugar que ocupaban los padres. Busca generalmente un sustituto con características lo más opuestas posibles a estos.

Freud, A ( [ 1936 ] 1984.) afirma que a la adolescencia se le puede considerar desde muchas perspectivas ya que difiere de acuerdo con las épocas, las culturas y los medios sociales, de los cuales dependen los aspectos físicos, intelectuales y socioafectivos, fundamentales en la formación de la identidad y en la transformación de la personalidad. En cuanto al aspecto físico –añade–, que todas las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la autoimagen, que desde un enfoque psicológico es algo más que una imagen en un espejo y que puede o no aproximarse a la imagen real, esto en función de las evaluaciones de los demás y del juicio propio.

Los adolescentes son altamente sensibles en lo que concierne a su Yo, dándole suma importancia a lo que piensan de sí mismos y lo que los demás piensan de ellos. La aprobación o desaprobación de otros tiene relevancia y con frecuencia piensan que el ser diferentes (dada la gran variación individual de desarrollo) equivale a ser inferiores.

El adolescente diseña una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, ya sean reales o imaginarias, tratando de modificar el ideal que se había formado al identificarse con el padre del mismo sexo y sustituyéndolo por la identificación con algún miembro de su grupo de amigos o con un personaje famoso, para alcanzar la individualidad.

Por otra parte agrega que los adultos frecuentemente estereotipan a los adolescentes utilizando técnicas que buscan avergonzar, reprochar o implantar en ellos sentimientos de culpabilidad, en lugar de verlos como personas diferentes a ellos y no por eso ser delincuentes en potencia, irresponsables o hipersexuados. Estas actitudes de los adultos generan barreras de comunicación con los adolescentes.

Freud, A ([ 1936 ] 1992) describió a la pubertad como la época en que se producen los cambios en forma definitiva de lo que fue la vida sexual infantil. En esta etapa aparecen principalmente la subordinación de las zonas erógenas a nivel genital y el establecimiento de nuevos objetivos sexuales que varían en hombres y mujeres y que se buscan fuera de la familia, es decir, durante la adolescencia emergen impulsos provenientes de todas las fases pregenitales y entran en acción mecanismos de defensa como:

- ψ **La intelectualización.** Es la distorsión cognitiva de los *hechos* para hacerlos menos amenazantes. Se utiliza esta defensa muy frecuentemente cuando de manera consciente se tienen que explicar los actos que se han realizado, utilizando para ello demasiadas excusas. Muchas personas con un Yo sensible, utilizan tan fácilmente las excusas, que nunca se dan cuenta de ellas. En otras palabras, muchos de nosotros estamos bastante bien preparados para creernos nuestras mentiras.
- ψ **El ascetismo.** Se manifiesta en la captación de grandes ideales y la renuncia a los placeres corporales. Esta es una forma en que el adolescente controla y elabora las pérdidas de esta etapa. Los adolescentes, cuando se sienten amenazados por sus emergentes deseos sexuales, pueden protegerse a sí mismos de manera inconsciente a través de negar no sólo sus deseos sexuales, sino también todos sus

- deseos. Así, se embarcan en una vida como si fueran monjes, con una tendencia ascética donde renuncian a cualquier interés sobre los demás.
- ψ **La regresión.** Constituye una vuelta atrás en el tiempo psicológico cuando uno se enfrenta al estrés. Cuando estamos en problemas o estamos atemorizados, nuestros comportamientos se tornan más infantiles o primitivos.
  - ψ **La negación.** Se refiere al bloqueo de los eventos externos a la conciencia. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla. Esta defensa es primitiva y peligrosa, nadie puede desatender la realidad durante mucho tiempo, este mecanismo usualmente opera junto a otras defensas, aunque puede funcionar en exclusiva.
  - ψ **Conversión.** Mecanismo de formación de síntomas que consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo parálisis).
  - ψ **Desplazamiento.** Es la "redirección" de un impulso hacia otro blanco que lo sustituya. Si el impulso o el deseo es aceptado, pero la persona a la que va dirigido se vive amenazante, lo desvía hacia otra persona u objeto simbólico. Por ejemplo, alguien que odia a su madre puede reprimir ese odio, pero lo desvía hacia, digamos, las mujeres en general.
  - ψ **Formación reactiva.** Es el cambio de un impulso inaceptable por su contrario. Así, un niño enfadado con su madre, puede volverse un niño muy preocupado por ella y demostrarle mucho cariño. El niño que sufre abusos por parte de un progenitor, se vuelve hacia él corriendo, o alguien que no acepta un impulso homosexual, puede repudiar a los homosexuales.
  - ψ **El Aislamiento.** Consiste en separar la emoción o el afecto de un recuerdo doloroso o de un impulso amenazante. La persona puede reconocer, de forma muy sutil que fue abusada de pequeña, o puede demostrar curiosidad intelectual sobre su orientación sexual recién descubierta. Algo que debe considerarse como importante, sencillamente se trata como si no lo fuera.

Así mismo el adolescente está en una lucha emocional donde su libido está a punto de desligarse de sus padres para vincularse con nuevos objetos amorosos.

Freud, ([ 1936 ] 1984) hace un interesante señalamiento al hablar sobre el impacto que todos estos cambios tienen en el ámbito familiar.

Considera por ejemplo, como un hecho lamentable que cuando el adolescente se encuentra en un periodo de gran conmoción, éste coincida con la etapa en la que se le exige mayor rendimiento académico, mejor desempeño escolar y una mayor responsabilidad social. Cuando el adolescente no resuelve satisfactoriamente lo que se le exige, no es por falta de capacidad, sino que está atravesando por una época en que emplea toda su energía en resolver problemas tan serios para él como los que implican su desarrollo sexual y la búsqueda de su identidad.

Señala que el adolescente de ninguna manera se propone deliberadamente, tener un desempeño escolar pobre o complicar su adaptación a la familia y a su comunidad. Incluso es él quien más sufre, debido a la reaparición de sus viejos deseos instintivos reprimidos.

Afirma que lo que necesita es comprensión para superar este periodo cargado de conflictos, que se entiendan sus procesos internos sin que haya rechazo ni castigo, consecuencias que sólo ocasionan mayor aislamiento y amargura en el joven.

Por otra parte Blois (1970), a través de la práctica e investigación clínica con adolescentes entre los 10 y 14 años, afirma que en el desarrollo no se guarda un necesario paralelismo entre la maduración puberal y la edad cronológica, entendiéndose por maduración puberal las manifestaciones físicas de la maduración sexual, en oposición a la edad real del adolescente. Agrega que en el desarrollo psicológico del adolescente se presentan seis fases claramente diferenciadas, donde cada una de ellas contribuye de manera característica al desenvolvimiento de la personalidad como se puede ver a continuación:

**1. Latencia.** Es la etapa inicial en la que se manifiesta el distanciamiento del Yo con respecto al ello; se logra la expansión del Yo y la autonomía yoica. Ambas transitan por el camino de los procesos de identificación que remplazan las dependencias objetales tempranas. De la expansión yoica depende la capacidad del adolescente para solucionar las complicaciones emocionales que se producen en esta etapa.

La importancia concreta de esta fase es que en ella se establecen las condiciones para la desviación del desarrollo.

**2. Prepubertad.** Se refiere al periodo que antecede al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios (incremento en el tamaño del cuerpo, pene, vagina, cambio de voz, crecimiento de senos en las niñas, aparición de vello púbico etc.) es la fase durante la cual los cambios hormonales previos a la pubertad incrementan el nivel de tensión pulsional, manifestados tanto en la conducta como en los contenidos mentales, indicando que se está dando una reestructuración psíquica.

**3. Pubertad.** Es la etapa en que el estrés se intensifica y en consecuencia deja al descubierto ciertas fallas en la estructura psíquica que antes no se manifestaban o que tal vez, parecían irrelevantes. Se activa la regresión a favor del desarrollo progresivo, siempre y cuando el Yo haya adquirido un grado de autonomía durante el proceso de regresión. De esta manera la modalidad infantil de gratificación pulsional sigue siendo un fin en si mismo y no entra en conflicto con los requerimientos adaptativos de la etapa psicosexual de la adolescencia.

**4. Preadolescencia.** Se caracteriza por el aumento en la cantidad de presión instintiva, produciéndose un resurgimiento de la pregenitalidad. Con este hecho llega a su término el periodo de latencia, teniendo como consecuencia que lo que se había obtenido a través de la educación en los años anteriores, en términos de control instintivo y conformidad social, se viene abajo.



Se produce una regresión a niveles preedipícos y pregenitales alternando con una sostenida posición defensiva. Desde el punto de vista de Blos (1975), este periodo constituye una crisis normativa y determinante para todo desarrollo posterior, en donde la formación de la identidad masculina o femenina es una de las principales tareas.

Es esta etapa se genera gran inseguridad, infundiendo particularmente en el preadolescente un deseo de adentrarse a lo desconocido, al mismo tiempo que un temor ante la pérdida de lo que le resulta familiar, debido en gran parte a que la fuerza del yo adolescente es relativa y donde la consecuencia más significativa es el distanciamiento del yo con respecto al ello, hecho que ocasiona en el joven un sentimiento de desolación, ya que aún es niño y necesita un sentido de pertenencia, aceptación y seguridad dentro del marco social de la familia.

Si el sentimiento entre estos dos aspectos no se soluciona adecuadamente, entonces se produce una fijación en la fase de la preadolescencia que es muy semejante a cualquier fijación infantil, en donde se revela en igual medida una preferencia compulsiva por ciertas formas de regular la tensión, que consisten en acomodaciones yoicas o pulsionales específicas. Si se da el caso de una fijación pulsional y yoica durante el desarrollo adolescente, se espera que entorpezca la progresión normal hacia la formación de la personalidad adulta.

La regresión constituye un rasgo característico de la preadolescencia y de la fase de latencia que la precede.

**5. Adolescencia propiamente dicha.** Periodo en el que, en comparación con las fases anteriores, la vida emocional es más intensa y más profunda. Por fin es posible que el adolescente se desprenda de los objetos infantiles de amor, sin embargo, antes de que nuevos objetos amorosos puedan tomar el lugar de aquellos abandonados, se da un periodo durante el cual el yo se encuentra empobrecido por el retiro de los padres actuales, produciéndose el alejamiento del yo con el superyo (pp.147), sin embargo la

debilidad relativa del yo en contra de las demandas del instinto mejora durante esta fase adolescente.

Este periodo abarca dos aspectos dominantes: el revivir el complejo de Edipo y la desconexión de los primeros objetos de amor (pp. 151).

La adolescencia propiamente dicha marca un avance hacia la posición heterosexual, la libido objetual se externa otra vez, ahora hacia objetos no incestuosos del sexo opuesto, paralelamente declina el narcisismo. Así durante esta fase las aprehensiones y miedos que el adolescente experimenta durante las regresiones de este periodo se desvanecen (sino surge ninguna dificultad) ante el beneplácito de sus logros. En esta etapa el núcleo de la modificación regresiva es el complejo de Edipo positivo.

**6. Adolescencia tardía.** En esta etapa el problema principal es la consolidación de la personalidad consistente en la elaboración de:

- a) Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo.
- b) Una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria).
- c) Una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital.
- d) Una catexis de representaciones del yo y del objeto relativamente constante.
- e) La estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y por consecuencia, es un tiempo de crisis, no obstante la predisposición a tipos específicos de relaciones amorosas se consolida.

La consolidación de la personalidad que se da en esta fase, trae mayor estabilidad y nivelación al sentimiento y a la vida activa del joven adulto, adoptando un sentido de identidad.

Por otra parte, el autor considera que ciertos conflictos de la niñez temprana vuelven a experimentarse durante la adolescencia, apareciendo como desviaciones transitorias y que algunos signos patológicos persistentes en esta etapa, pueden manifestarse con mayor claridad que en años anteriores, debido a que ya se han convertido en síntomas o rasgos de carácter, que revelan la existencia de una enfermedad emocional.

Pero si, por el contrario, existe en avance de la autonomía yoica, entonces se desarrollarán funciones como la cognición, la memoria, la previsión, la tolerancia a la tensión, la autoconciencia y la capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía.

La psicopatología adolescente debe entenderse no sólo como la reactivación de conflictos infantiles, ya que la desviación del desarrollo normal puede deberse en igual medida a fallas de la estructura psíquica. El autor agrega que estas fallas pueden ocasionarse cuando las presiones pulsionales durante el periodo de latencia, no generan un adecuado nivel de diferenciación yoica y de autonomía.

A partir de las observaciones clínicas de muchos adolescentes que trataba, el autor deduce que estos no han llegado a consolidar el periodo de latencia, de ahí la importancia que atribuye a esta fase como preparatoria de la adolescencia.

Así mismo considera que la regresión preadolescente en el varón es más intensa que en la mujer, orientándose hacia la acción con tendencia a concretarse. De inicio el varón se apartará con desprecio del el sexo opuesto mientras que la niña pondrá en primer plano los deseos y fantasías heterosexuales, en tanto que las tendencias regresivas se afirman en forma secreta. Rara vez la conducta regresiva de la mujer es tan completa como en el varón.

La participación del Yo en el movimiento regresivo puede reconocerse tanto en el restablecimiento de defensas primitivas, como el pensamiento mágico, la proyección, la negación, como en la aparición de todo tipo de rasgos, hábitos e ideas obsesivo

compulsivas. Cuando la regresión preadolescente es patológica implica volver a puntos de fijación tempranos.

En cuanto a la masturbación genital durante la adolescencia, Blos la considera como "la actividad sexual de fase específica que despoja a los impulsos pregenitales de sus direcciones independientes y las somete progresivamente a la genitalidad" (pp. 69). Es decir, estos impulsos se relegan a un rol de iniciación en vez de satisfacción, enfocándose esta última en dirección genital.

Cualquier función de la masturbación que sigue este desarrollo representa un aspecto positivo. El logro de la masturbación adolescente reside en la elaboración del placer previo.

El autor considera que a lo largo del desarrollo adolescente, el contenido mental y el carácter funcional de la masturbación sufre cambios, sin embargo la masturbación asume rasgos patológicos siempre que consolida regresivamente fijaciones infantiles.

En términos generales, Blos, (1970) se basa en dos aspectos básicos: la observación clínica y el punto de vista de su teoría que explica los diversos y simultáneos procesos evolutivos. Ambos dan cuenta del funcionamiento de la personalidad y de la reestructuración psíquica que ocurre durante la adolescencia.

Otro punto de vista más es el de Aberastury, A ([ 1936 ] 1988) quien señala que el adolescente atraviesa por un gran desequilibrio e inestabilidad extrema, configurándose en él una entidad semipatológica, que ha denominado *síndrome normal de la adolescencia* (p. 11). El adolescente es perturbado y al mismo tiempo él perturba a los adultos, lo cual es requisito necesario para establecer su identidad.

Aberastury (*op. cit.*) opina que el problema de la adolescencia tiene una doble vertiente; el adolescente por un lado y por el otro los padres quienes se resisten a aceptar el proceso de crecimiento de sus hijos.

En cuanto a la primera vertiente considera que los cambios corporales de la adolescencia determinan una nueva relación con los padres y con el medio, la cual se hace posible siempre y cuando se lleven a cabo duelos dolorosos por el cuerpo del niño, la identidad infantil y la relación con los padres de la infancia:

1. El duelo por el cuerpo infantil perdido, que da paso a un nuevo cuerpo, el cual es base biológica de la adolescencia, haciendo que el individuo viva los cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.
2. El duelo por el rol y la identidad infantil, lo obliga a renunciar a la dependencia y a aceptar responsabilidades que muchas veces no logra comprender.
3. El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener buscando refugio y protección en ellos, lo cual se complica por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños y que están en vías de ser adultos.

Estos aspectos representan verdaderas pérdidas que implican todo el complejo psicodinámico de un duelo normal y que esporádicamente puedan adquirir las características de un duelo patológico.

Estos cambios implican la pérdida de la identidad infantil para ir en busca de una nueva, que es el objetivo primordial de la adolescencia.

Para lograr este objetivo el joven se maneja en casi todos los aspectos y estados emocionales de un extremo a otro, por ejemplo de la alegría pasa a la depresión, de una actividad física incansable a la flojera total. Así es como en el adolescente se puede encontrar una multiplicidad de conductas, antes de que surja su nueva identidad.

Considera que la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conductas patológicas que deben considerarse inherentes a la evolución normal de la adolescencia.

Así mismo piensa que el concepto de *normalidad* no es fácil de establecer ya que varía en relación con el medio socioeconómico, político y cultural. La *normalidad* se establece sobre pautas de adaptación al medio y sería *anormal* la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

La autora denomina como *síndrome normal de la adolescencia* a los desequilibrios e inestabilidades extremas que llevan al joven constantemente a conductas totalmente opuestas a las que tradicionalmente venía realizando y menciona como la sintomatología que integra este síndrome, los siguientes aspectos:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
2. Tendencia grupal.
3. Necesidad de intelectualizar.
4. Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
5. Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
6. Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
7. Actitud social reivindicatoria con tendencia anti o asocial de diversa intensidad.
8. Constantes contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este periodo de la vida.
9. Progresiva separación de los padres.
10. Constantes fluctuaciones de humor y de estado de ánimo.

La autora enfatiza también que el aceptar una *anormalidad normal* tiene por objetivo facilitar la comprensión de este período de la vida y de ubicar la personalidad con todas sus características dinámicas para un mejor juicio de la misma.

El aceptar la anormalidad habitual en el adolescente permitirá un acercamiento productivo en este período de la vida, facilitándole su proceso evolutivo hacia la identidad que busca y necesita para desempeñarse y disfrutar correcta y satisfactoriamente de su nueva identidad con todo lo que ésta implica, aunque en apariencia tengan raíces patológicas. Sólo así podrá elaborar una personalidad sana, de lo contrario se manifestarán en el adolescente ansiedades que le dificultarán el proceso evolutivo y que se proyectarán en la edad adulta como patologías.

Para Aberastury (1988) el proceso de la adolescencia implica un cierto grado de conducta sociopática como los cambios bruscos en el estado de ánimo, la rebeldía, la depresión, la irritabilidad, la agresividad etc., inherentes a una evolución normal. La intensidad exagerada de estos fenómenos configura la psicopatía en el sentido nosológico del término.

En cuanto a la segunda vertiente que la autora menciona refiriéndose a la participación de los padres en este proceso, considera que el mundo de los adultos –por supuesto los padres inmersos en este mundo–, "no aceptan las fluctuaciones imprevistas del adolescente sin conmoverse, ya que se reeditan ansiedades básicas que habían logrado controlarse hasta cierto punto" (pp. 11).

Señala que no sólo el adolescente se afecta a lo largo del recorrido de este proceso, ya que los padres por su parte tienen dificultades para aceptar el crecimiento a consecuencia del sentimiento de rechazo que experimentan frente a la genitalidad y a la libre expresión de la personalidad que está surgiendo. Ellos también viven los duelos por los hijos, por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil.

Es así que los padres también tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, esto significa también una renuncia de su parte ya que tienen que enfrentar su envejecimiento y su camino hacia la muerte. Así mismo, también tienen que renunciar a la imagen idealizada que su hijo creó de ellos, dejan de

funcionar como ídolo. Ante el incremento de la capacidad y logros del adolescente hacen un recuento de los propios, teniendo como testigo implacable de éxitos y fracasos al propio hijo.

Aberastury (*op. cit.*) añade que el adulto se aferra a su mundo de valores, producidos casi siempre por fracasos internos. Por esta razón el adolescente defiende sus valores y rechaza los que quiere imponerle el adulto.

Los padres suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzan la autoridad pretendiendo justamente no perderla; por lo regular no reparan en la depresión del adolescente, producto de la desidealización de las figuras parentales, que los hace sentirse en el más profundo desamparo.

En razón de lo anterior, la autora resume que la complejidad del proceso adolescente tiene mucho que ver con la participación de una sociedad difícil, incomprensiva y hostil.



## CAPÍTULO 2

### LA ADOLESCENCIA DESDE EL ENFOQUE PSICOSOCIAL

Un individuo tiene que incorporar los valores y las creencias de la sociedad es decir, se socializa y adopta determinados papeles sociales. Esos papeles le son asignados desde que es niño y es en la adolescencia en que se empiezan a desarrollar puntos de vista propios que con frecuencia no son compartidos por los padres.

Erickson (1976) quien elabora el concepto de identidad, la define como la integridad que ha de lograrse en esta etapa de la adolescencia, y que para experimentar esta integridad el joven debe sentir una continuidad progresiva entre aquello que fue, durante la infancia y lo que pretende ser en el futuro; entre lo que piensa que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él.

Considera a la adolescencia un estado de desarrollo psicosocial, en el que interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social, para adaptarse a una nueva condición.

Respecto a la génesis de la identidad, Erikson la presenta como una estructura sujeta a varias crisis a lo largo de la vida y su establecimiento requiere de una interacción humana.

Además define el concepto de crisis de identidad como un proceso psico – social. caracterizándose en su aspecto *psíco* por:

- 1) Ser parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, que es como vivir no consciente de sí mismo –esto es característico en los jóvenes–.
- 2) Manejar la dinámica del conflicto, lo que puede conducir a estados mentales contradictorios.

- 3) Poseer su propio periodo evolutivo, sin el no podría llegar a la crisis ya que las condiciones somáticas, cognoscitivas y sociales no están dadas aún. La crisis de identidad depende parcialmente de factores psicobiológicos que aseguran la base somática a un sentido coherente de mismidad vital de un organismo.
- 4) Extenderse tanto al pasado como al futuro; tiene sus raíces en las etapas de la infancia y dependerá para su preservación y renovación de cada una de las etapas subsecuentes.

En cuanto a lo *social*, considera que existe una dimensión comunitaria dentro de la cual un individuo debe encontrarse a sí mismo. Depende primero, del apoyo de modelos parentales y luego de modelos comunitarios.

Agrega que la fase de conflicto dentro del desarrollo normal se caracteriza por una aparente fluctuación en la fortaleza interna y por un alto potencial de crecimiento. Este autor menciona que las tareas más importantes de un adolescente son por un lado la búsqueda de su identidad y por el otro el resolver la pregunta *¿quién soy en realidad?*

Erikson (1970) describe la búsqueda de la identidad de los adolescentes como la quinta crisis del desarrollo psicosocial, la cual denomina *identidad frente a confusión de roles*. El autor señala que los repentinos cambios corporales desconciertan a los adolescentes y los llevan a preguntarse *¿qué personas han sido hasta ese momento y en quién se están convirtiendo?*. Tratan de descifrar su mayor preocupación que es la de consolidar una identidad propia que los represente en la vida adulta. Por medio de sus agentes socializadores y métodos de imposición y de castigo, la sociedad trata de ayudar a que el individuo aprenda las tareas evolutivas que le corresponden en el debido momento. Sin embargo la inserción del adolescente en la sociedad implica una serie de procesos que no le resultan fáciles, para alcanzar el desarrollo y madurez que le van a permitir obtener el reconocimiento de los adultos y el estatus de persona capaz, confiable y autosuficiente.

Erikson diferencia ocho estadios en el que el Yo debe resolver tareas específicas con repercusiones psicológicas universales para continuar con la siguiente etapa.

A la resolución de estas etapas las denomina crisis y las clasifica así:

| Etapa                        | Crisis                                  |
|------------------------------|---|
| Primera Infancia             | Confianza básica vs. Desconfianza       |
| A la edad de dos años        | Autonomía vs. Vergüenza y duda          |
| De los tres a los cinco años | Iniciativa vs. Culpa                    |
| Etapa de latencia            | Industria vs. Inferioridad              |
| Adolescencia y juventud      | Identidad vs. Difusión de la identidad  |
| Adulthood joven              | Intimidad y solidaridad vs. Aislamiento |
| Adulthood                    | Generatividad vs. Estancamiento         |
| Madurez                      | Integridad vs. Desesperación            |

La resolución individual de cada una de estas etapas está determinada por el medio social.

De manera particular en la juventud se presenta la urgencia de un sentido de identidad psicosocial y es en la adolescencia cuando se produce la crisis principal donde se tiene que construir la identidad del Yo.

En esta etapa los adolescentes tratan de sintetizar sus experiencias anteriores y se apoyan en el sentimiento de confianza o inseguridad que han adquirido en las etapas anteriores para lograr una identidad personal estable. Si se han superado con éxito las crisis anteriores habrá mayor posibilidad de superar ésta satisfactoriamente.

Piaget, (1970) por su parte presenta un enfoque sobre el proceso adolescente desde un punto de vista intelectual. Señala que en esta etapa, en el adolescente se producen importantes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en su posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los

adultos y por ello las características de la adolescencia están en relación con la sociedad particular en la que se desarrollan.

La adolescencia se produce por una interacción entre los factores sociales e individuales, por tal razón el individuo al insertarse en la sociedad, tiende a modificarla, para ello elabora planes de vida, que consigue gracias a que puede razonar no sólo sobre lo real, sino también sobre lo posible imposible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento.

Afirma que durante la adolescencia se producen cambios importantes en el pensamiento y que éstos están relacionados con las modificaciones de su posición en la sociedad. Algo fundamental de la adolescencia –refiere el autor–, es su entrada en la sociedad adulta.

El adolescente se inserta en esta sociedad tendiendo a modificarla estableciendo una constante influencia tanto de la sociedad adulta en el adolescente como viceversa, produciéndose así una interacción entre factores sociales e individuales.

Piaget considera que las transformaciones afectivas y sociales van unidas invariablemente al cambio en el pensamiento y que la transformación que se opera en la conducta adolescente está determinada por los cambios en los objetivos de la acción, ya que interviene más activamente: interroga, deduce, imagina y selecciona estrategias para participar en la sociedad en un afán de demostrar su presencia.

El adolescente aborda los problemas que tiene que resolver de una manera distinta y mucho más eficaz que el niño de la etapa anterior, el joven no está razonando únicamente en lo que tiene delante, sino sobre lo que no está presente, es decir, que no razona sólo sobre lo real sino también sobre lo posible, implicando que lo real pase a ser sólo un subconjunto de lo posible. Esto da lugar a que el adolescente trate de encontrar situaciones nuevas las cuales pone a prueba el valor de la conjetura.

Según Piaget, para manejar lo posible es necesario emplear un procedimiento para combinar elementos (combinatoria) que permite contemplar todos los casos posibles.

Una vez que ha considerado la generación de todas las posibilidades, el adolescente podrá utilizar estrategias como la de ir variando un factor cada vez (disociar los factores) y así determinar el efecto que tiene cada uno de ellos en el resultado. Utiliza un razonamiento sobre lo posible requiere que el adolescente pueda hablar de las cosas además de actuar sobre ellas.

Piaget afirma que el adolescente no sólo maneja una lógica de clases y relaciones que ya dominaba anteriormente, sino también una lógica de preposiciones. Establece que entre el pensamiento del niño y del adolescente existe una diferencia considerable que se pone de manifiesto en cuanto se encomienda una tarea de cierta complejidad a uno y otro.

El adolescente tiene mayor interés por lo abstracto, así como mayor habilidad para esto, se le nota incluso un gusto por razonar y deducir las consecuencias de algo determinado. Tal vez la deducción de estas consecuencias sea absurda y es justamente ante este razonamiento, que el joven podrá excluirlas.

En esta etapa se tiene mayor capacidad de interpretar la experiencia y sobre todo de manipularla, de formular hipótesis y contrastarlas, de analizar si son ciertas o son falsas, siendo así su razonamiento un elemento muy importante para entender al mundo.

En este nivel de razonamiento el adolescente es capaz de cuestionar la realidad y no simplemente aceptarla. Piaget describe el curso del desarrollo formal como un camino progresivo hacia una independencia respecto a la realidad inmediata donde el adolescente se vuelve mucho más reflexivo, entiende mejor las cosas, es capaz de abordar problemas más complejos, piensa por el mismo, examina las consecuencias de lo que está diciendo y su pensamiento puede ser hacia el pasado o hacia el futuro. A

partir de este momento es posible empezar a comprender la ciencia, la política, la economía así como la organización social y en virtud de esto podrá construir proyectos vitales representando su propia actividad futura.

Lo anterior permite al adolescente su inserción moral e intelectual dentro de la sociedad de los adultos, donde sus proyectos vitales le son indispensables para asimilar las ideologías que caracterizan a la sociedad en oposición a las simples relaciones interindividuales.

Desde el punto de vista de Pearson (1970), en la búsqueda de su identidad, el adolescente intenta emanciparse de sus padres, quienes suelen reaccionar de la siguiente manera: se aferran al control que tienen sobre el adolescente dándole un trato de niño o presionan para que el adolescente se independice definitivamente, y esto en ocasiones es vivido por el adolescente como un abandono.

El adolescente no obstante, que ha dejado de ser un niño, aún no puede considerarse propiamente como un adulto, por tal razón es común observar en ellos conductas tanto de una etapa como de la otra.

El adolescente desea obtener independencia, pero teme al mismo tiempo involucrarse en ese ambiguo y cambiante mundo adulto. Este conflicto lo magnifica la sociedad que presiona a veces en un sentido y a veces en otro, por ejemplo por un lado promueve que el adolescente se valga por sí mismo y por otro le pone de manera consistente trabas para su independencia.

El adolescente teóricamente debe adquirir una escala de valores y una ideología que le permitan guiar sus decisiones y establecer su propia identidad, sin embargo, la situación social actual no facilita de ninguna manera esta adquisición, ya que muchas veces no existen valores socialmente aceptados que concuerden con su desarrollo. Evidentemente la educación del adolescente incumbe en primer lugar a los padres y luego a los profesores, quienes en muchas ocasiones son un paliativo en sus crisis.

Como forma de alcanzar un sentido de identidad diferente al de sus padres, el adolescente pasa mucho tiempo con personas ajenas a la familia, hablando por teléfono, esto implica ir construyendo pautas de comportamiento adecuadas para ocupar un lugar en el mundo de los adultos (Pearson, 1975).

Para Pearson (1975) en la adolescencia generalmente los padres y los hijos no se ponen de acuerdo en el tiempo, forma y calidad en que se llevará a cabo la emancipación. Este conflicto se va a incrementar cuando los padres son sobreprotectores, por el deseo –de los padres- de no ser *abandonados* o de seguir sintiéndoles *útiles* o bien por el hecho de tener quién dependa de ellos, o por el deseo de que el hijo sea una prolongación suya. También los padres pueden manifestar reacciones violentas al intentar ejercer un control excesivo sobre el adolescente debido a su sentimiento de estar perdiendo su autoridad, o pueden también adoptar conductas manipuladoras o de competencia, es decir, frecuentemente los padres proyectan sus conflictos no resueltos en la adolescencia de sus hijos.

Uno de los principales obstáculos para la emancipación del adolescente es el económico, lo que le obliga a seguir siendo dependiente de su familia, ya que en el aspecto laboral la comunidad no tiene inconveniente en que el adolescente desempeñe tareas remuneradas, sin embargo las oportunidades que se les ofrece son mínimas, siendo por lo general trabajos que devengan salarios muy bajos y que exigen largas jornadas laborales, impidiéndoles en muchas ocasiones que continúen sus estudios y en otras despidiéndolos fácilmente.

De esta manera el adolescente pierde oportunidades para aprender a asumir responsabilidades. Lo que demuestra que la organización social adulta exhibe dos actitudes contradictorias hacia el adolescente: por una parte, socialmente se le permite y vagamente se le estimula para que aprenda a trabajar y a asumir responsabilidades y por la otra, no se confía en él, manteniéndolo bajo un rígido control. La organización social tiene que mantener la estructura económica y evitar el desempleo de los adultos

y tiende por eso negar al adolescente oportunidades para que adquiera experiencia, para evitar que desarrolle anticipadamente capacidades plenas (Pearson, op. cit.).

La presión adulta contra el desarrollo del adolescente se ve reforzada por el enorme aumento de conocimientos que se necesita actualmente para dominar una determinada profesión. Este aumento exige un período largo y de mayor dependencia por parte del adolescente, lo que a su vez retarda el proceso de maduración y el desarrollo del sentido de responsabilidad. Por lo tanto, la mayoría de las veces el estudiante se ve obligado a esperar varios años, mientras que termina su carrera, para solicitar trabajo, lo cual alarga el período ahora de dependencia económica. A medida que el adolescente va independizándose de sus padres, busca en su grupo de similares seguridad y la identificación con una ideología nueva.

Su forma de relacionarse varía con la edad, al principio es muy superficial, pero con el tiempo esta forma de relación se convierte en una necesidad de relación más íntima con una persona del mismo sexo, este tipo de relación evoluciona a relaciones interpersonales con miembros de ambos sexos y posteriormente al establecimiento de una relación más seria con el compañero elegido del otro sexo.

Durante la adolescencia suelen empezar a producirse las primeras relaciones amorosas. Los cambios en las relaciones con el otro sexo son muy notables y el interés se desarrolla muy rápidamente ligado a los cambios hormonales y a la influencia social.

El hecho de que se produzcan o no relaciones sexuales depende fundamentalmente de factores sociales, sin embargo, el deseo está ahí.

Los adolescentes viven su sexualidad supeditados generalmente a lo que la sociedad en la que viven les marca.

Cabe mencionar que actualmente se han dado notables cambios en la moral sexual de la mayoría de países occidentales, debido al uso de diferentes métodos anticonceptivos, que propician que las costumbres sean más permisivas.



Pearson (1975), señala:

- En el periodo prelatente se encuentran las raíces de todos los conflictos.
- Si el adolescente quiere desempeñarse eficazmente dentro de una cultura tiene que adquirir un sentido de identidad personal.
- El proceso de crecimiento físico propicia en el adolescente muchas preocupaciones y aflicciones.

Pearson considera que una organización específica bien definida hace más fácil que el adolescente encuentre una identidad que le resulte favorable para toda su vida futura y que tiene que adaptarse no sólo a sus impulsos instintivos sino también a la moral, los modales y las costumbres vigentes dentro de su propia organización social.

Generalmente la sociedad le exige al adolescente que tenga la capacidad de cumplir con las obligaciones en forma satisfactoria tanto para él como para su entorno, es decir, que sea responsable.

Para ser responsable según Pearson (1975), se requiere que el individuo tenga límites bien definidos y que sea capaz de reconocerse a sí mismo como una persona separada y distinta de las demás, que haya establecido una firme identificación con los padres, principalmente con el de su mismo sexo y por último contar con la habilidad necesaria para crear relaciones adecuadas.

Para Pearson (1975), los factores que intervienen en el desarrollo del sentido de la responsabilidad son:

1. La forma en que el mundo de los adultos presiona al adolescente para que asuma responsabilidades.
2. La forma en que el mundo de los adultos se niega a permitirle que las asuma.
3. Las pautas que establece el mundo de los adultos para los adolescentes.
4. El deseo o la falta de deseo del adolescente de hacerse responsable.

Aún cuando por lo general la comunidad y los servicios educativos proporcionan al adolescente algunas oportunidades, también lo limitan de muchas maneras, como por ejemplo en la cuestión del empleo donde es la comunidad la que determina que tareas debe realizar el joven, en qué periodo, por cuántas horas y con muy poco salario.

Ni las leyes laborales ni las escolares tienen en consideración las necesidades del adolescente individual, ya que la sociedad adulta maneja dos actitudes hacia el adolescente en cuanto a que adquieran sentido de responsabilidad; por una parte se le permite y deficientemente se le estimula para que aprenda algo sobre la responsabilidad pero por la otra, no confía en él y lo mantiene rígidamente controlado.

El autor en su obra menciona que actualmente es necesario un aumento en el volumen del conocimiento para dominar una determinada profesión, repercutiendo en un periodo mayor de dependencia, esto retarda a su vez el proceso de maduración y el desarrollo del sentido de responsabilidad.

Dos aspectos que tienen que ver de manera importante en la adaptación del adolescente en la sociedad son las normas establecidas sobre la sexualidad y sobre tradiciones generales, el joven considera a la tradición como autoridad decisiva aún cuando desea liberarse de ella.

La Iglesia por un lado insistiendo sobre la pureza, la sociedad manteniendo todavía como prohibición lo relativo a asuntos sexuales y las autoridades adultas exigiendo dar su consentimiento sólo hasta el matrimonio.

Desde el punto de vista de Pearson (1975), y en virtud de lo anterior, el joven queda en una lucha entre lo establecido y el hecho de que sus impulsos sexuales son tan fuertes como quizá jamás volverán a serlo.

La postura de los padres como portadores de la tradición tiene matices inconscientes de resentimiento al darse cuenta que están declinando y ésta es la razón para tratar de impedir el progreso del desarrollo adolescente, presentando una obstinada resistencia inconsciente a que desarrollen una identidad personal y se conviertan en adultos.

## CAPÍTULO 3

### LA ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO

El adolescente debe llevar a cabo ciertas tareas evolutivas para lograr una adecuada adaptación, las cuales frecuentemente le provocan una tensión *normal* y se manifiestan de diversas formas con relación a los tres aspectos que componen al individuo: lo biológico, lo psicológico y lo social.

Algunos de los problemas que frecuentemente se presentan como una reacción o respuesta inadecuada a circunstancias externas desfavorables son: angustia, inquietud, aislamiento, rebeldía y extravagancia, así como breves períodos de depresión seguidos por períodos de euforia, llanto, susceptibilidad e hiperactividad, entre otros.

Estas manifestaciones son transitorias y reversibles sí el ambiente es propicio para ello. Sin embargo, si estas formas de conducta se vuelven persistentes, por el hecho de constituir síntomas de una mala adaptación, deben tomarse como señales de peligro, debido a que pueden fijarse en la personalidad, organizando síntomas característicos de trastornos graves y frecuentemente cuadros psicóticos ( Pérez, 1979).

En este trabajo se realizó la revisión de una serie de trastornos que generalmente se diagnostican por primera vez en la infancia o en la adolescencia, mencionados en el DSM IV, manual elegido, debido a que es el enfoque que más se utiliza en México.

#### I.- Retraso mental

Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.

Se presentan códigos separados para retraso:

- MENTAL LEVE.
- MODERADO.
- GRAVE Y PROFUNDO.
- RETRASO MENTAL DE GRAVEDAD NO ESPECIFICADA.

***Patrón familiar***

A causa de su etiología heterogénea, no hay un patrón familiar aplicable al retraso mental considerado como categoría general.

**II.- Trastornos del aprendizaje.**

Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y la enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son:

- TRASTORNO DE LA LECTURA.

***Patrón familiar***

El trastorno de la lectura es más prevalente entre los familiares biológicos en primer grado de los sujetos con trastorno del aprendizaje.

- TRASTORNO DEL CÁLCULO.
- TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.
- Y TRASTORNO DEL APRENDIZAJE NO ESPECIFICADO.

**III.- Trastorno de las habilidades motoras**

Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

**IV.- Trastornos de la comunicación**

Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje e incluyen:

- TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

**Patrón familiar**

Al parecer, el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es más probable en individuos con una historia familiar de trastornos de la comunicación o del aprendizaje. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido.

El trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo, es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado de quienes sufren el trastorno que en la población general. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido de este trastorno.

## · TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO.

**Patrón familiar**

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado de quienes sufren el trastorno que en la población general.

No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido de este trastorno.

## · TRASTORNO FONOLÓGICO.

**Patrón familiar**

Se ha demostrado la existencia de antecedentes familiares en algunas formas de trastorno fonológico.

## · TARTAMUDEO.

**Patrón familiar**

Los estudios de familias y gemelos han suministrado sólidas pruebas de la existencia de un factor genético en la etiología del tartamudeo. La presencia de un trastorno fonológico o un trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo, o una historia familiar de ambos, incrementa la probabilidad de tartamudeo. El riesgo de tartamudeo entre familiares biológicos de primer grado es tres veces superior al riesgo observado en la población general. En el caso de varones tartamudos, alrededor del 10% de sus hijas y el 20% de sus hijos son tartamudos también.

## · TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN NO ESPECIFICADO.

## V.- Trastornos generalizados del desarrollo

Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. El trastorno específico incluido en este apartado es:

- TRASTORNO AUTISTA.

### ***Patrón familiar***

Existe un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de los sujetos afectados de dicho retraso.

- TRASTORNO DE RETT.
- TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL.
- TRASTORNO DE ASPERGER.

### ***Patrón familiar***

Es limitada la información disponible acerca de la prevalencia del trastorno de Asperger, pero parece ser más frecuente en varones.

- TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO.

## VI.- Trastorno por déficit de la atención y comportamiento perturbador, incluido el déficit de atención con hiperactividad

Se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante:

- TIPO CON PREDOMINIO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN.

### ***Patrón familiar***

Se ha observado que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Los estudios realizados también sugieren la existencia de una mayor prevalencia de trastornos de estados de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial

de la personalidad en miembros de la familia de personas con trastorno de déficit de la atención con hiperactividad.

- TIPO CON PREDOMINIO HIPERACTIVO-IMPULSIVO.

- TIPO COMBINADO.

**VI.I.- También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamiento perturbadores:**

- TRASTORNO DISOCIAL.

Se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto.

***Patrón familiar***

Los estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial cuenta con componentes tanto genéticos como ambientales. 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 también parece ser más frecuente en hijos con padres biológicos dependientes del alcohol, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, o de padres biológicos con trastorno de déficit de la atención con hiperactividad o trastorno disocial.

- EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.

Se caracteriza por un patrón comportamental negativista, hostil y desafiante.

Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas:

***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 la atención con hiperactividad, trastorno disocial 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, si bien no está claro en que medida la depresión materna es resultado de comportamiento negativista



de los niños o su causa. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves.

- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD NO ESPECIFICADO.
- TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO.

## VII.- Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez

Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son:

- PICA.
- TRASTORNO DE RUMIACIÓN.
- TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ.

**VII.I.- En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, los cuales aparecen incluidos en el apartado de *Trastornos de la conducta alimentaria* del DSMIV, sin embargo y para fines del desarrollo de este trabajo se incluyen a continuación.**

La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

Aunque la obesidad simple está incluida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los

factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

### ***Patrón familiar***

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.

En la Bulimia Nerviosa varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

## **VIII.- Trastornos de tics**

Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos:

TRASTORNO DE LA TOURETTE.

### ***Patrón familiar***

La vulnerabilidad al trastorno de la Tourette y a otros trastornos afines se transmite según un patrón autosómico dominante. «vulnerabilidad» implica que el niño recibe la base genética o constitucional para desarrollar un trastorno de tics; el tipo o la gravedad concretas del trastorno pueden ser diferentes de una a otra generación. No todos los que heredan la vulnerabilidad genética manifestarán los síntomas de un trastorno de tics. La penetrancia en portadores genéticos femeninos es aproximadamente del 70 %; la penetrancia en portadores genéticos masculinos es aproximadamente del 99 %. La gama de formas en que puede manifestarse tal vulnerabilidad incluye el trastorno de la Tourette propiamente dicho, el trastorno de tics crónicos motores o vocales, algunas formas de trastorno obsesivo-compulsivo y quizá el trastorno por déficit de atención con

hiperactividad. En un 10 % de sujetos con trastorno de la Tourette no hay pruebas de la existencia de un patrón familiar. Los sujetos con estas formas «no genéticas» de trastorno de la Tourette o de otro trastorno de tics suelen padecer otro trastorno mental (p. ej., trastorno generalizado del desarrollo) o una enfermedad médica (p. ej., un trastorno convulsivo).

- TRASTORNO DE TICS MOTORES O VOCALES CRÓNICOS.
- TRASTORNO DE TICS TRANSITORIO.
- TRASTORNO DE TICS NO ESPECIFICADO.

#### **IX.- Trastornos de la eliminación.**

Se incluye la encopresis, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

#### ***Patrón familiar***

Aproximadamente el 75 % de todos los niños enuréticos tiene un familiar biológico en primer grado que también ha sufrido el trastorno. La concordancia en cuanto al trastorno es mayor en gemelos monocigotos que en dicigotos.

#### **X.- Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.**

Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo, concerniente a la separación del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o de la niñez se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y asocia a una crianza claramente patógena. El trastorno de movimientos estereotipados se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces puede dar lugar a lesiones corporales.

El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno especificado de esta clasificación.

***Patrón familiar***

El trastorno de ansiedad por separación parece ser más frecuente en parientes biológicos de primer grado que en la población general, y puede ser más común en hijos de madres con trastorno de angustia.

---

---

## II- ANTECEDENTES

Durante la adolescencia se vive un proceso de adaptación y de desadaptación con diferentes modalidades y variabilidad en su duración, el cual dependerá de la sociedad y cultura en cuestión.

Por ejemplo, en el medio rural y suburbano de México, ciertos aspectos de la adolescencia duran menos tiempo, debido a que en éstos los jóvenes adquieren pronto las responsabilidades del adulto, por ejemplo unión conyugal y trabajo. En cambio en otros sectores como los altamente industrializados el proceso de adaptación social se prolonga puesto que la incorporación al sistema, demanda de un individuo una preparación profesional cada vez más especializada (González, 1986).

En la revisión que se hizo de los estudios con adolescentes en tesis de licenciatura realizadas en la Facultad de Psicología UNAM, revistas y reportajes, se encontraron diversas e interesantes aportaciones, como las de Aldana y Atkin (1995) quienes analizaron la *Depresión durante el embarazo en adolescentes* partiendo de la premisa de que la adolescente que se embarazó estando soltera se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. Entre estos factores se encuentra el desarrollo propio de la adolescencia, por ser un período lleno de cambios, calidad y expectativa de vida, adicionalmente se sabe que el embarazo, especialmente el primero puede considerarse como una etapa de crisis que a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer (Coleman, 1980) y aunado a esto enfrentar la situación de haberse embarazado siendo soltera.

El objetivo de este trabajo fue conocer el nivel de depresión que manifestaron las adolescentes mexicanas que se embarazaron por primera vez siendo solteras e identificar los factores que determinan este nivel de depresión.

Se estudiaron 172 adolescentes a partir del 2º trimestre de embarazo, las cuales recibían atención en el Instituto Nacional de Perinatología. Los criterios para participar

---

en el estudio fueron los siguientes: ser primigesta, haberse embarazado antes de cumplir los 18 años, no estar casada o en unión libre, ser mexicana y ser residente de la zona metropolitana.

Se aplicó una entrevista precodificada que abarca las áreas: socio-demográficas, características personales, relación con la familia de origen, con la familia de la pareja y la calidad de interacción entre la pareja.

Para evaluar el nivel de depresión se utilizó la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico de Radioff (1977) que consta de 20 reactivos.

Al establecer diversas contrastaciones se encontró que los factores sociodemográficos guardan muy baja relación con la depresión de las adolescentes embarazadas (9%). En cuanto a las variables de personalidad arrojaron un 31% de relación con la depresión durante este evento, ya que las adolescentes con características personales menos favorables son las que evidencian mayor depresión, menor asertividad más conductas y tendencias antisociales. El área de apoyo familiar arrojó un 15% de relación con la depresión de este sector de adolescentes, reportando tener mala relación con los padres o con la suegra.

En el trabajo de Lagunes (1995) se estudia el suicidio en el adolescente, de manera particular enfatizó los factores que contribuyen a la depresión y al suicidio. Para la elaboración de este trabajo se recurrió a una clínica psiquiátrica a la cual se canalizan a niños y adolescentes que intentaron suicidarse. Sus principales conclusiones son que hay una baja autoestima y sentimiento de incapacidad del individuo para enfrentarse a sus problemas, enfermedad mental, una pobre adaptación del Yo al entorno, una familia con baja cohesión, destrucción enfocada hacia el objeto introyectado, depresión y alcoholismo entre otras.

La cantidad de mujeres adolescentes que intentaron el suicidio duplicó a la de los varones, los cuales optan por métodos más violentos en sus intentos suicidas que las

mujeres. Así se deduce que aunque los intentos de suicidio son más comunes en las adolescentes, son los varones quienes con más frecuencia lo logran.

Otro trabajo más fue el de *Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes* (Moreno, V 1995). Aquí se hace un estudio de situaciones generadoras de ansiedad, a las que se les denominó acontecimientos vitales. En este trabajo se plantea la influencia que los acontecimientos vitales pueden tener sobre la ansiedad en adolescentes de 14 y 15 años de edad, diferenciando el nivel de ansiedad con relación al tipo de acontecimiento vital a los que está expuesto, ya sean positivos o negativos.

Se utilizó un inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (A.V.I.A.) y para la evaluación de la ansiedad el State-Trait Anxiety Inventory of Children (S.T.A.I.C Spilberg, 1973). La muestra fue de 695 adolescentes entre los 14 y 15 años.

El inventario consta de 81 ítems con preguntas relativas al nacimiento de una hermana o hermano, cambio de horario de trabajo del padre o de la madre, disminución de la situación económica, haber iniciado una actividad deportiva, cultural, musical etc. El encuestado tendrá que contestar si el evento le resulta positivo o negativo, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió dicho evento, cuántas veces ha sucedido y en una escala del 1 al 5 qué tan importante ha sido para él.

Se encontró que los acontecimientos vitales negativos tienen una mayor relación con estados emocionales negativos en los sujetos jóvenes y que esta relación es más intensa y de mayor duración que la que aparece en relación con la experiencia de acontecimientos vitales positivos. Por otra parte hay una cierta evidencia de que la ansiedad es el rasgo que tiene una mayor relación con la experiencia de acontecimientos vitales negativos y que estos últimos son predictores de desórdenes psicológicos.

En un perfil que la encuesta nacional de *Juventud 2000* (Herrera, 2000) obtiene de la población entre los 12 y 29 años, visitando 54 mil 500 viviendas, se obtuvo una imagen de la vida de los jóvenes mexicanos en tres facetas: familia, sexualidad y empleo.

Los resultados preliminares de este estudio son: muchos jóvenes viven en el hogar paterno (80%) debido a que su emancipación se ve limitada por la situación económica, tienen prohibido tatuarse (43%), confían más en su madre que en su padre, son Guadalupanos (88 por ciento), creen en el alma (89 %) en los milagros (82%) y en el pecado (85%) les gusta el rock (21%) y la onda gruperera (20%) son enamorados pero monógamos, dicen que usan condón y dispositivo intrauterino (no se especificó el porcentaje). Muchos son los que trabajan (63%) este sector es el que tiene las peores oportunidades con jornadas de más de 8 horas diarias, bajos salarios y cero prestaciones.

Los jóvenes mexicanos piensan que sin duda lo más grave del país es la pobreza (61 por ciento) el desempleo (11%) y la corrupción (10.1%) pocos creen en políticos y legisladores. Sin embargo en este estudio queda de manifiesto que los jóvenes mexicanos se sobreponen a la realidad ya que el 70 por ciento dice sentirse feliz.

También resultó muy interesante conocer el resultado de un estudio realizado por la Unidad de género del *Instituto Mexicano de la Juventud*, en noviembre del 2000, el cual consistió en encuestar a una muestra tomada en más de 27.4 millones de jóvenes de toda la República.

Se encontró que más de un 50% de parejas jóvenes viven algún tipo de situación violenta, sobre todo de tipo psicológico donde los celos son lo más común y quienes cometen mayores agresiones son los varones aunque no se menciona el porcentaje.

De los encuestados un 24.7% relaciona el noviazgo con un momento de diversión; el 57.7% de las mujeres y el 42.5% de los hombres lo que más valoran es la responsabilidad. El 11.6% de los encuestados ven en el noviazgo la antesala para el



---

matrimonio y sólo el 4.5% de los jóvenes no mantienen relaciones sexuales en el noviazgo.

En la revista *Educación 2001* (Mayo, 2000), se señala que más del 50% de la población es menor de 25 años. En ésta se presenta un estudio con 340 jóvenes entre los 18 y 24 años de todo el país, con la finalidad de conocer cómo pensaban en cuanto a los cambios políticos y sociales que están viviendo (encuesta realizada durante el Gobierno de Ernesto Zedillo).

De los encuestados se encontró que el 49% se consideran a la vanguardia, porque tiene libertad, por no asumir valores conservadores, porque sus ideas son diferentes a las de antes o porque la educación es diferente.

Un 43% se considera tradicional porque sigue la costumbre de sus padres, porque conservan valores morales, porque sigue las reglas que hay en casa o simplemente por el gusto a las costumbres de antes. El 8% no contestó.

En cuanto a las relaciones sexuales antes del matrimonio el 54% de las mujeres las aprueban y los hombres en un 60%.

El 83% acepta que dentro de la educación recibida se les han inculcado valores como el respeto por los demás, la igualdad entre hombres y mujeres, la honestidad, la libertad, la verdad, la solidaridad y el respeto por la ley.

Sobre las instituciones, los jóvenes encuestados opinaron en un 49% que tienen confianza en la Iglesia Católica, el 44% en el ejército Mexicano, el 16% en el Gobierno Mexicano y solo el 10% en la Policía.

Sobre las instituciones políticas los resultados fueron: el 41% le tiene confianza al PAN, el 14% al PRI, el 13% al PRD y sólo el 28% tiene confianza en el Presidente de la República.

La preferencia por los candidatos políticos fue así: el 45% votaría por Vicente Fox Quezada, el 19% por Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, el 11% por Francisco Labastida Ochoa, el 2% por otro y el 7% por ninguno.

En general los asuntos políticos son de poco interés para los jóvenes ya que sólo uno de tres hace comentarios al respecto.

Lo reportado en los resultados de los documentos revisados es sólo una gruesa pincelada de algunas problemáticas a las que se enfrenta el adolescente, en su transición a la edad adulta.

Hoy la panorámica que se les presenta ofrece cada vez menos oportunidades, elementos cada vez más limitados para conformar y fortalecer una identidad adulta adecuada, debido en gran parte a la actual situación socioeconómica, que desafortunadamente se refleja en un mayor número de suicidios de adolescentes, incremento de consumidores de drogas y alcohol, las adolescentes siguen embarazándose sin planearlo pese a la gran cantidad de información propagada por los medios, más casos de infectados por el VIH, etc. De alguna manera el incremento de estas problemáticas es resultado también de la ausencia de programas preventivos que se adecuen de manera particular a las diferentes poblaciones de adolescentes que existen. Así mismo es necesario que el psicólogo de propuestas alentadoras y genere proyectos de prevención tanto para los adolescentes, sus familiares y en general para toda la sociedad,( Maldonado, 2003).

### **III MÉTODO**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Durante la adolescencia, el proceso del desarrollo se extiende a todas las áreas (biológica, psicológica y social) Este desarrollo –activo en todas ellas–, trae como consecuencia una serie de cambios que alteran el equilibrio del individuo repercutiendo así en su vida, su personalidad y en su conducta general y particular.

La adolescencia es una etapa relevante en la vida del hombre, en donde el joven, al haber desarrollado su capacidad reproductiva tiene que determinarse como un individuo único; definir su personalidad, identidad sexual, roles que desempeñará en la sociedad y un plan de vida para decidir que orientación ocupacional va a tener y aunque tanto los cambios físicos como emocionales que se dan pueden ser excitantes, también pueden resultar confusos e incómodos, por lo que el adolescente tiene que reorganizar su vida física y psicológica en función de su articulación con el medio ambiente.

Pero la realidad es que muy a menudo las condiciones que rodean al adolescente no son las adecuadas, propiciándose con esto que el adolescente sufra una problemática.

Por lo tanto el presente trabajo tiene como objetivo identificar cuáles son las problemáticas que con mayor frecuencia enfrenta el adolescente mexicano.

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar los problemas más frecuentes en algunos adolescentes que asisten voluntariamente al Departamento de Psicología del plantel de la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 Ezequiel A. Chávez.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los tipos de problemáticas que presentan algunos adolescentes.
- Analizar la relación que guarda cada una de las problemáticas con el género.
- Analizar la relación que guarda cada una de las problemáticas con la edad.

## TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio correlacional pues pretende identificar las problemáticas que enfrentan los adolescentes, relacionándolas con la edad y el género.

## MUESTREO

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, (Hernández, 1988), intencional de 59 adolescentes de la población estudiantil de la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 Ezequiel A. Chávez, con las siguientes características en cuanto a género, edad y frecuencia.

| GENERO       | EDAD         | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|------------|
| <b>FEM</b>   | 15           | 9          | 15.25%     |
|              | 16           | 11         | 18.64%     |
|              | 17           | 14         | 23.72%     |
|              | 18           | 9          | 15.25%     |
|              | 19           | 3          | 5%         |
|              | 20           | 1          | 1.69%      |
| <b>MASC</b>  | 15           | 0          | 0%         |
|              | 16           | 1          | 1.69%      |
|              | 17           | 8          | 13.55%     |
|              | 18           | 2          | 3.38%      |
|              | 19           | 0          | 0%         |
|              | 20           | 1          | 1.69%      |
| <b>FEM</b>   | <b>TOTAL</b> | 47         | 79.66%     |
| <b>MASC.</b> |              | 12         | 20.33%     |
| <b>TOTAL</b> |              | 59         | 100%       |

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR EDAD Y GENERO

## ESCENARIO

El registro de los jóvenes y sus respectivas problemáticas se realizó en el consultorio médico del plantel, el cual está ubicado al fondo norte del mismo, tiene medidas aproximadas de 2x3 mts. y se encuentra equipado con escritorio, dos sillas y un gabinete médico, lugar donde se brinda el servicio de Psicología.

## INSTRUMENTO

Se utilizó únicamente el reporte de la entrevista diagnóstica, en la cual queda registrado la problemática de alumno, sexo y edad.

## 2.8 PROCEDIMIENTO

A adolescentes que asisten a solicitar servicio Psicológico, se les dio cita para hacerles una entrevista diagnóstica en una sesión de aproximadamente cincuenta minutos de duración.

Una vez que el joven asistió a su cita se procedió a escuchar el motivo por el cual solicita el servicio. De lo que expone, se elaboró un registro con la información que se consideró más relevante, para posteriormente identificar el problema psicológico.

## ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez recopilada la información, se procedió a clasificar y codificar cada una de las problemáticas. (ver el apartado de *Categorización de problemáticas*, las que posteriormente se analizaron estadísticamente, a través de frecuencias y cualitativamente mediante la conceptualización teórica de cada una de ellas).

### IV RESULTADOS

Para iniciar vale la pena señalar que debido a que la proporción mayor de mujeres estudiadas con respecto a los hombres es mayor, no se hará una contrastación entre ambos, sino un análisis particular de cada uno de los grupos.

La población estudiada estuvo caracterizada por hombres y mujeres con una edad mínima de 15 y máxima de 20 años. Siendo las mujeres las que primordialmente solicitaron apoyo psicológico (79.66%).

En la Tabla 1, se señalan las áreas identificadas por ésta población como de conflicto, siendo la familia, para ambos grupos, la fuente primordial de sus problemáticas. Es importante mencionar que algunos de estos jóvenes señalaron más de un área de conflicto.

| PROBLEMÁTICA                       | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA: 47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|------------------------------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|                                    | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| ÁREA FAMILIAR                      | 47                                 | 100%       | 10                                 | 83.33%     |
| ACTITUD Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO | 14                                 | 29.78%     | 5                                  | 41.66%     |
| SOCIALIZACIÓN                      | 7                                  | 14.89%     | 3                                  | 25%        |
| ESCOLAR                            | 7                                  | 14.89%     | 2                                  | 16.66%     |
| PROBLEMÁTICAS DIVERSAS             | 5                                  | 10.63%     | 2                                  | 16.66%     |
| ALCOHOLISMO Y FÁRMACO DEPENDENCIA  | 7                                  | 14.89%     | 0                                  | 0%         |

**TABLA 1**  
**AREAS PROBLEMÁTICAS**

A continuación se analizarán los elementos y porcentajes constitutivos de cada una de estas problemáticas.

El área de familia, como ya se vio anteriormente, fue la principal fuente de conflicto para toda esta población, de manera particular el 100 % de las mujeres así lo señalaron. Los motivos de queja expuestos fueron englobados en las relaciones interfamiliares por un lado y el clima familiar por otro, como se puede ver a continuación.

| PROBLEMATICA               | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA: 47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|----------------------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|                            | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| RELACIONES INTERFAMILIARES | 42                                 | 89.36%     | 10                                 | 83.33%     |
| CLIMA FAMILIAR             | 5                                  | 10.64%     | 0                                  | 0%         |
| TOTAL                      | 47                                 | 100%       | 10                                 | 83.33%     |

**TABLA 2**  
**PROBLEMÁTICA FAMILIAR**

Ahora bien, al analizar de manera particular las relaciones interfamiliares (Tabla 3) se encontró que el mayor porcentaje ( 40.42 % y 50% respectivamente), ubica al padre como la fuente primordial de conflicto, porcentaje que puede incrementarse al considerar el rubro de *ambos padres*. Solo el 4.26 % de las mujeres señaló tener conflicto con los hermanos.

| PROBLEMÁTICA                            | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA: 47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|---|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|   | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| RELACIONES INTERFAMILIARES CONFLICTIVAS |                                    |            |                                    |            |
| AMBOS PADRES                            | 8                                  | 17.02%     | 0                                  | 0%         |
| MADRE                                   | 9                                  | 19.14%     | 4                                  | 33.33%     |
| PADRE                                   | 24                                 | 51.06%     | 6                                  | 50%        |
| HERMANOS                                | 2                                  | 4.26%      | 0                                  | 0%         |
| TOTAL                                   | 43                                 | 91.48%     | 10                                 | 83.33%     |

**TABLA 3**  
**RELACIONES INTERFAMILIARES**



Como se pudo ver en la Tabla 2 solo las mujeres (10.64%) hicieron señalamientos acerca del clima familiar violento y de la situación económica precaria que preveleca en la familia (ver Tabla 4). Para la población masculina esta no fue una área de preocupación.

| <i>MUJERES</i>                 |            |            |
|--------------------------------|------------|------------|
| DESCRIPCIÓN DEL CLIMA FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| ENTORNO FAMILIAR VIOLENTO      | 2          | 4.26%      |
| PROBLEMAS SIN ESPECIFICAR      | 1          | 2.13%      |
| PROBLEMAS ECONÓMICOS           | 2          | 4.26%      |
| TOTAL                          | 5          | 10.65%     |

**TABLA 4**  
**PROBLEMÁTICA ÁREA CLIMA FAMILIAR**

Las causas que señalan las jóvenes al identificar que su problemática es con *ambos padres* es el problema de comunicación ya sea entre ellos, porque discuten mucho o con ellos porque no platican o cuando lo hacen es para discutir.

Esta es una área en la que la población masculina tampoco puntuó, ya que aparentemente su problema es con uno de ambos padres.

| <i>MUJERES</i>                                   |            |            |
|--|------------|------------|
| PROBLEMÁTICA                                     | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN<br>Y FALTA DE RELACIÓN | 5          | 10.64%     |
| DISCUSIÓN CON ELLOS                              | 1          | 2.13%      |
| DISCUSIÓN ENTRE ELLOS                            | 2          | 4.26%      |
| TOTAL  | 8          | 17.03%     |

**TABLA 5**  
**PROBLEMÁTICA EN LA COMUNICACIÓN CON AMBOS PADRES**

Las principales causas de conflicto con la madre se debe a que la perciben rechazante y agresiva o bien por su pasividad, como se puede observar en la Tabla 6. Vale la pena señalar que una de las adolescentes expresó una fuerte carga emocional al señalar que odia a la madre.

| PROBLEMÁTICA                      | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA: 47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|                                   | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| PERCEPCIÓN QUE TIENEN DE LA MADRE |                                    |            |                                    |            |
| RECHAZANTE                        | 3                                  | 6.38%      | 1                                  | 8.33%      |
| VIOLENTA                          | 2                                  | 4.25%      | 1                                  | 8.33%      |
| PASIVA                            | 2                                  | 4.25%      | 1                                  | 8.33%      |
| POSESIVA                          | 0                                  | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| PRESIONA                          | 1                                  | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| GENERA ODIO                       | 1                                  | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| TOTAL                             | 9                                  | 19.14%     | 4                                  | 33.33%     |

**TABLA 6**  
**PROBLEMÁTICA CON LA MADRE**

Como ya se señaló anteriormente, tanto para los hombres como para las mujeres, el padre resultó ser la figura que genera el mayor conflicto. La principal razón argumentada fue su ausencia (Tabla 7). Otros aspectos que les conflictúan son su alcoholismo, violencia y autoritarismo.

Cabe enfatizar que la incidencia de ésta problemática entre hombres y mujeres es muy similar.

| PROBLEMÁTICA<br><br>PERCEPCIÓN QUE<br>TIENEN DEL PADRE | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA: 47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|--|------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|  | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| ALCOHOLICO   | 3                                  | 6.38%      | 1                                  | 8.33%      |
| VIOLENTO   | 2                                  | 4.25%      | 1                                  | 8.33%      |
| IMPOSITIVO Y<br>CONTROLADOR                            | 2                                  | 4.25%      | 1                                  | 8.33%      |
| AUSENTE  | 17                                 | 36.170%    | 3                                  | 25%        |
| TOTAL  | 24                                 | 51.06%     | 6                                  | 50%        |

**TABLA 7**  
**PROBLEMÁTICA CON EL PADRE**

El área de "Actitudes y Patrón de Comportamiento" es la segunda área de interés y preocupación de éstos adolescentes, en la cual están implicados entre otros como se verá más adelante, aquellos cambios anímicos propios del desarrollo, los cuales al parecer, son potencializados por el núcleo familiar.

De acuerdo a la proporción guardada entre mujeres y hombres que conformaron la muestra y que es de aproximadamente cinco mujeres por cada hombre, son ellos los que en ésta área presentan el puntaje mayor.

| PROBLEMÁTICA                           | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA:<br>47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|--|---------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|  | FRECUENCIA                            | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| INSOMNIO                               | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| IRRATIBILIDAD                          | 2                                     | 4.25%      | 0                                  | 0%         |
| CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO             | 1                                     | 2.12%      | 1                                  | 8.33%      |
| TEMOR A LA SOLEDAD                     | 0                                     | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| TEMOR AL RECHAZO                       | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| MIENTE CONSTANTEMENTE                  | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| INSEGURIDAD                            | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| CELOS                                  | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| AGRESIVIDAD                            | 1                                     | 2.12%      | 2                                  | 16.66%     |
| PENSAMIENTOS OBSESIVOS SOBRE LA MUERTE | 0                                     | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| PERFECCIONISMO                         | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| BAJA AUTOESTIMA                        | 4                                     | 8.51%      | 0                                  | 0%         |
| TOTAL                                  | 14                                    | 29.78%     | 5                                  | 41.66%     |

**TABLA 8**  
**ACTITUDES Y PATRONES DE COMPORTAMIENTO**

En cuanto al área de Socialización, los resultados demostraron que en ambos grupos hay preocupación por sus dificultades para relacionarse en general y por situaciones sentimentales en particular. El porcentaje registrado por los hombres es mayor que el de las mujeres de esta área.

| PROBLEMÁTICA               | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA:<br>47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|----------------------------|---------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|                            | FRECUENCIA                            | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| RELACIONES INTERPERSONALES | 4                                     | 8.51%      | 1                                  | 8.33%      |
| RELACIONES AMOROSAS        | 3                                     | 6.38%      | 1                                  | 8.33%      |
| FIGURAS DE AUTORIDAD       | 0                                     | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| TOTAL                      | 7                                     | 14.89%     | 3                                  | 25%        |

**TABLA 9 SOCIALIZACIÓN**

En cuanto al plano académico, como área de conflicto (ver Tabla 10), se encontró una mayor variabilidad de indicadores que expresan la preocupación de las mujeres en cambio los hombres identificaron como problema únicamente el bajo rendimiento escolar.

| PROBLEMÁTICA                        | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA:<br>47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|                                     | FRECUENCIA                            | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| ACTITUD ANTE LA ESCUELA             |                                       |            |                                    |            |
| MIEDO A FRACASOS ESCOLARES          | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| APATÍA                              | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| NO ASISTE A CLASES                  | 2                                     | 4.25%      | 0                                  | 0%         |
| SOLICITUD DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR            | 2                                     | 4.25%      | 2                                  | 16.66%     |
| TOTAL                               | 7                                     | 14.89%     | 2                                  | 16.66%     |

**TABLA 10**  
**PROBLEMÁTICA DE TIPO ESCOLAR**

La Tabla 11 está conformada por una serie de problemáticas, que aunque cuantitativamente no resultan significativas, cualitativamente implican una gran trascendencia y desgaste emocional en la vida de estos jóvenes. Obviamente todas estas problemáticas no implican una situación temporal y a excepción de las dos primeras (violación y homosexualidad) en las otras se ve implicada la propia vida.

| PROBLEMÁTICA                                | TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA:<br>47 |            | TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA: 12 |            |
|---|---------------------------------------|------------|------------------------------------|------------|
|   | FRECUENCIA                            | PORCENTAJE | FRECUENCIA                         | PORCENTAJE |
| PROBLEMÁTICAS DIVERSAS                      |                                       |            |                                    |            |
| VIOLACIÓN                                   | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| HOMOSEXUALIDAD                              | 0                                     | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| INTENTOS SUICIDAS                           | 1                                     | 2.12%      |                                    | 0%         |
| EPILEPSIA VINCULADA A PROBLEMAS EMOCIONALES | 0                                     | 0%         | 1                                  | 8.33%      |
| PROBLEMAS ALIMENTICIOS                      | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| TEMOR A HABER CONTRAIDO EL SIDA             | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| RESULTADOS POSITIVOS EN EL EXÁMEN DE SIDA   | 1                                     | 2.12%      | 0                                  | 0%         |
| TOTAL                                       | 5                                     | 10.63%     | 2                                  | 16.66%     |

**TABLA 11**  
**PROBLEMÁTICAS DIVERSAS**



En cuanto al problema de adicción al alcohol o a las drogas, ninguno de los hombres de ésta muestra, reconocen que esto sea un problema en ellos y solo el 14.89% de las mujeres así lo hicieron.

| <b>MUJERES</b>            |                    |                   |
|---------------------------|--------------------|-------------------|
| <b>ADICCIONES</b>         | <b>FRECUENCIA.</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
| <b>CONSUMO DE ALCOHOL</b> | <b>4</b>           | <b>8.51%</b>      |
| <b>CONSUMO DE DROGAS</b>  | <b>3</b>           | <b>6.38%</b>      |
| <b>TOTAL</b>              | <b>7</b>           | <b>14.89%</b>     |

**TABLA 12**  
**PROBLEMÁTICA DE FARMACODEPENDENCIA**

---

## V DISCUSIÓN

Para iniciar este apartado es importante señalar que el desarrollo de esta tesis se elaboró con base al contenido manifiesto de los adolescentes, independientemente de cualquier otro aspecto latente alrededor del motivo de consulta.

Cabe señalar que cada una de las problemáticas expuestas, puede ser un tema complejo a desarrollar en una tesis, por lo que este trabajo está muy alejado de agotar las aproximaciones teóricas al respecto, sólo representa una síntesis de alguna aportación teórica y de sus índices de incidencia, con el propósito de describir la magnitud de cada una de ellas.

Las problemáticas se sucedieron y manifestaron dentro del marco de una escuela de nivel medio superior, donde el nivel socioeconómico es medio y bajo, la ubicación geográfica coloca al plantel en una área donde por un lado está la zona de la Merced y por el otro las pescaderías de la Vega.

Se observó que la población estudiantil está conformada en su mayoría por jóvenes con limitados recursos económicos, aunque también hay un pequeño sector cuya posición económica es más favorable (incluso tienen su propio automóvil).

Para cada una de las problemáticas categorizadas se describirá a continuación, un caso representativo y con mayor contexto, de lo expuesto por los adolescentes, para tal efecto los nombres reales fueron modificados, sin embargo el género y la edad es información puntual.

En los resultados se observó que son las mujeres las que predominantemente solicitan apoyo psicológico, lo que motiva a cuestionar si son ellas más sensibles para detectarlos o más responsables para buscar solucionarlos. Al respecto se

considera importante mencionar lo escrito por los siguientes autores como una posible explicación. Pérez (2002), señala que Windle de acuerdo a sus investigaciones, menciona que el estrés en las mujeres adolescentes es generado primordialmente por las relaciones interpersonales y es más significativo que en los varones. Una de sus postulaciones es que los procesos de socialización son diferentes en cada género, las mujeres están más orientadas hacia el mundo interpersonal y los hombres hacia el dominio del mundo externo, ya que los hombres se ven menos afectados por la influencia social que las mujeres. Esto se debe tal vez al sentido personal que cada sexo asigna a sus propios valores. Las postulaciones de estos autores coinciden plenamente con los resultados aquí presentados.

Desde esta perspectiva, Levinton (1999) opina que el género, en tanto organización simbólica, es un preexistente, en el cual todo niño o niña va a estar inmerso, es decir, es un mundo lingüístico y de relaciones humanas impregnadas de distinciones de toda clase: vestimenta, actitudes, gestos, lenguaje, funciones, roles y valores. Coexistiendo, por lo tanto, en la subjetividad los fantasmas de género con los fantasmas de sexualidad, a los que los primeros imprimirán su sello estructurante.

En la niña su feminidad comienza en un proceso del sí mismo, del Yo en un sentimiento del ser mujer, que con posterioridad adquirirá el atributo de la sexualidad.

El grado de constricción que sufren las mujeres en la intimidad de sus mentes es variable, pero el mandato impone hacerse cargo de la vida de los otros, lo que para muchas mujeres, resulta un imposible, ya sea por la dificultad de materializar una familia (vital) o por la problemática concomitante al capital afectivo para llevar adelante tal proyecto.

La mayor dificultad reside en el depósito masivo de expectativas derivadas del

---

apego, lo que obstaculiza que las mujeres se valoren a sí mismas en otros espacios de experiencias. Surgen aspiraciones de tipo intelectual y/o laboral, pero cuyos logros no alcanzan la misma satisfacción narcisista que los que se vinculan al apego. Por ejemplo a pesar de tener un adecuado desempeño académico o laboral, existe la constante preocupación por *ser querida* incluso por sus compañeras (os) de escuela o de trabajo.

Como resultante de la configuración de las matrices subjetivas moldeadas por el género, aparece la complejidad añadida para poder discriminar entre deseos e imperativos categóricos, ya que las normas se narcisizan secundariamente para obtener satisfacción en su cumplimiento, y los ideales se normativizan para evitar la persecución superyoica que produce su incumplimiento.

Todo este entramado produce fuertes impactos en la construcción de la subjetividad femenina y muestra la cara más inclemente del superyó y sus poderosos efectos sobre el psiquismo de la mujer. La mayor inhibición de la expresión de agresividad impuesta por las restricciones que se van formalizando en el proceso que configura la subjetividad de las niñas y el hecho de dejar aflorar la hostilidad, promueve el sentimiento de *ser mala* codificado como un rasgo incompatible con *ser femenina*. Dicha agresividad se reprime en su expresión por partida doble, ya que al mismo tiempo se estimula la narcisización de la frustración, bajo la forma de la renuncia y la disponibilidad; porque, en primera y última instancia, lo que se debe evitar a cualquier precio es la pérdida de amor, es decir, garantizar el apego.

Por otro lado, es sabido que los sexos difieren biológicamente en muchos aspectos, así mismo sabemos que en su mayoría las culturas proporcionan distintos ambientes psicológicos para ambos sexos y estas diferencias ambientales pueden interactuar de varios modos con los biológicos.

Evidentemente en nuestra sociedad existen claras diferencias de personalidad

entre hombres y mujeres. Son muchas las características sociales y emocionales diferentes que pueden advertirse ya a edad temprana tales como los intereses, las preferencias, ideales, actitudes y el sentido personal de los valores. Estas características, a causa de su naturaleza relativamente sutil, ejercen a menudo una influencia no sólo sobre el desarrollo de rasgos emocionales y del carácter, sino también sobre los sentimientos y aptitudes del individuo (Anastasy, 1975).

Un aspecto importante de la personalidad en la que se han encontrado grandes diferencias de género, es la inestabilidad emocional. Los resultados de diversas investigaciones determinan de forma concluyente que el sexo femenino es más emocional aún cuando se garantizara que los ambientes en ambos sexos fuesen equiparables; hay varios indicios de que el origen en las diferencias de personalidad se deben a una mayor contribución de influencias culturales que biológicas, reflejándose así el tradicional rol de género de nuestra cultura.

Por otra parte se observó que la problemática con mayor porcentaje es el área familiar (Tabla 1), lo cual supone que los jóvenes de la muestra no han logrado superar el duelo por su cuerpo, padres e identidad infantil, ya que siguen demandando protección y afecto de su familia como cuando eran niños (Aberastury 1970).

Blos (1970), coincidiría con que estos jóvenes son regresivos, se aferran a sus relaciones objetales tempranas (Tabla 2) y no han logrado una expansión yoica capaz de remplazar las dependencias objetales por procesos de identificación que les permita iniciar su independencia. Por lo mismo no han logrado un grado de autonomía tal, que les permita enfrentar los miedos y aprehensiones, así como controlar los periodos depresivos generados en esta etapa, por tal razón no se encuentran preparados para superar con éxito este proceso, lo que propicia problemas de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y patologías severas.

Con base en Pearson (1970), los problemas manifestados por los jóvenes de la muestra en cuanto a su relación con los padres (Tabla 5), radican básicamente en que existe muy poca o nula comunicación –resulta un tanto difícil la comunicación entre padres y adolescentes cuando ésta no se ha hecho efectiva desde los primeros años de vida- y son generados porque tanto padres como hijos no se ponen de acuerdo en el tiempo, forma y calidad en que se llevará a cabo la emancipación. Los padres para evitar sentirse *abandonados* o *inútiles* adoptan una actitud en ocasiones de dominio, tratando a sus hijos como si ellos no fueran capaces de valerse por sí mismos, intentando a toda costa con esto mantener el control, manifestando con frecuencia reacciones violentas, usando la autoridad de forma arbitraria, como un intento para no perder su mando ante el hijo que aparenta *escapársele de la manos*, pretendiendo con ello seguir siendo imprescindibles en su vida.

La relación particular tanto con la madre como con el padre, da cuenta de la asociación significativa con la insatisfacción respecto al funcionamiento familiar experimentada por los jóvenes de la muestra (Tabla 6 y 7), en el sentido que se declaran más insatisfechas con las pautas o normas de crianza que reflejan la dinámica interna de sus familias, percibiendo a sus padres poco afectuosos.

La apreciación que dan de sus padres es que éstos les depositan sus propios problemas no resueltos en la adolescencia (Pearson, 1970). Es así como el joven percibe su clima familiar como violento, ya sea por parte de la madre, del padre o de ambos (Tabla 5, 6 y 7).

De manera específica se pudo observar que las mujeres manifestaron mayor problemática con el padre que con la madre (Tabla 7), lo cual llama la atención ya que de acuerdo a Blos (1970) la vulnerabilidad emocional de la niña preadolescente se manifiesta en la atracción regresiva que la madre edípica ejerce sobre ella, reinstaurando así la ambivalencia de las relaciones objetales primarias,

en la adolescencia. Lo anterior sin perder de vista que según Blos, este periodo abarca dos aspectos dominantes: el revivir el complejo de Edipo y la desconexión de los primeros objetos de amor.

Así al buscar nuevas relaciones objetales, la niña preadolescente experimenta una intensificación del vínculo emocional primario, y esto la lleva, necesariamente, a la madre primitiva (preedípica), sensibilizándose de nuevo la perceptividad de la niña en relación con las fantasías de aquella sobre su persona durante la adolescencia, provocando en la joven un desapego emocional con respecto a la madre, tendiente a proteger su propia autonomía (Tabla 6).

La ausencia o alejamiento del padre, ya sea física, como modelo emocional, conductor, legitimizador de metas, contenedor o consultor, deja hondas heridas, generando en los varones inmadurez en su identidad esencial y en las mujeres la ausencia de un modelo masculino. De aquí que la ausencia del padre constituye esa gran demanda que indudablemente fue uno de los principales conflictos de los hombres y mujeres de la muestra (Tabla 7).

Indiscutiblemente los movimientos feministas han planteado y conseguido justas reivindicaciones y han abierto diversas oportunidades. Sin embargo también esto ha tenido un costo, en ocasiones la desvalorización y desorientación del hombre, así como la divulgación de que la mujer puede ser *padre* y *madre*. No cabe la menor duda de la enorme labor de una madre cabeza de familia, no obstante, nunca va a sustituir al padre, como tampoco un padre podría sustituir a una madre.

Se considera que la presencia del padre es fundamental durante la adolescencia –momento de reestructuración, cambios, transformaciones físicas y psíquicas– ya que según diferentes autores (Mitchel, 1988 y Biler, 1994), la función paterna tiene un rol crítico para instaurar la capacidad de controlar impulsos en general y el impulso agresivo en particular, así como para la empatía que da la posibilidad de

tener un buen registro del sufrimiento del otro y así inhibir la agresión. Un padre es imprescindible e insustituible para aprender a vivir.

Los muchachos necesitan un padre en los momentos de conflicto de la adolescencia, sin embargo como se observa en el contenido de este trabajo muy a menudo están sin un modelo para expresar tantas emociones y sentimientos desconocidos, los jóvenes simplemente actúan de manera *instintiva*, lo que socialmente se acepta como *masculino*, que en su peor traducción es la violencia.

El área que comprende las problemáticas de *Actitudes y Patrones de Comportamiento* (Tabla 8), son prácticamente todas aquellas que los autores revisados mencionan como la sintomatología del proceso adolescente, caracterizado por los desequilibrios e inestabilidades extremas que llevan al joven constantemente a conductas totalmente opuestas a las que tradicionalmente venía realizando. Por ejemplo, los muchachos, que antes eran tranquilos y obedientes, se transforman en rebeldes, desafiantes y agresivos.

Peter Blos (*op. cit*) manifiesta que durante la etapa adolescente, ocurre un distanciamiento del yo con respecto al ello, hecho que ocasiona en el joven un sentimiento de desolación ya que aún es niño y aun necesita un sentido de pertenencia, aceptación y seguridad dentro del marco social de la familia.

El adolescente entonces empieza a comprender el mundo que le ha tocado vivir; ya no acepta como única verdad la que le dicen los padres sobre lo que *se debe* y *no se debe* hacer, lo que es bueno y lo que es malo. Se adaptan cada vez más a su medio y logran ir conformando su propio criterio. Este proceso implica sucesivos aprendizajes y desaprendizajes hasta alcanzar la autonomía.

Es común que en el transcurso de la etapa de la adolescencia se presenten los aspectos observados en los jóvenes de esta población, y de manera concreta en este trabajo se mencionan algunas de estas manifestaciones.



De una u otra manera el total de la muestra presentó algún grado de depresión, frecuente durante los años de la adolescencia caracterizada por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés por las actividades comunes.

De aquí que la depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones de estrés y factores propios del desarrollo. Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés o de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, ya sea por ser muy autocríticos o por tener un pobre control sobre los eventos negativos, son más proclives a deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, por períodos alternos de *el mundo es un sitio maravilloso y la vida apesta*, al mismo tiempo estos estados de ánimo pueden alternarse en períodos de horas o días (Hait, 2002).

En el adolescente, el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la transgresión de leyes (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma más es la obsesión por la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Por lo general, la depresión prolongada comienza en la adolescencia o en el

adulto joven. La depresión también se asocia comúnmente con violencia y comportamiento imprudente. Con la depresión también coexisten frecuentemente problemas como el abuso de drogas, el consumo de alcohol y de cigarrillos.

Las adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los varones. Entre los factores generadores, están de manera particular la pérdida del padre por muerte o por divorcio, el abuso infantil, la falta de habilidades sociales, una enfermedad crónica y los antecedentes familiares de depresión.

Algunos de los síntomas son:

- ψ Irritabilidad, mal genio y agitación.
- ψ Pérdida del interés en las actividades, apatía.
- ψ Disminución del placer por las actividades diarias.
- ψ Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras.
- ψ Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo.
- ψ Cambios de peso involuntarios (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria).
- ψ Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio).
- ψ Somnolencia diurna excesiva.
- ψ Fatiga.
- ψ Problemas para concentrarse.
- ψ Problemas para tomar decisiones.
- ψ Episodios de pérdida de la memoria (amnesia).
- ψ Preocupación consigo mismo.
- ψ Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo.
- ψ Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- ψ Comportamiento inadecuado (incumplimiento de horarios, actitud desafiante poco común).
- ψ Pensamientos sobre suicidio, miedos o preocupaciones obsesivas sobre

la muerte.

- ψ Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- ψ Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

La depresión cuando no es manejada de manera adecuada, evidentemente es generadora de otras problemáticas como algunas de las presentadas en esta tesis: intentos suicidas, drogadicción, alcoholismo, baja autoestima, miedos, bajo rendimiento escolar etc. Por lo anterior se considera de suma importancia atender este síntoma en los jóvenes como una estrategia efectiva de prevención de problemas más complejos.

Una forma clara de conceptualizar el término autoestima es la que plantea Branden (1993), al señalar que es *una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito*.

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos que configuran la personalidad. La autoestima es algo que se construye o reconstruye permanentemente. La autoestima depende del ambiente familiar, social y educativo en el que esté inserto el individuo y los estímulos que este le brinde.

Hay una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que le presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo. Pero cuando los integrantes de la misma, tienen asuntos indefinidos en el interior por un pasado doloroso en la infancia, les transmitirá el mismo dolor y las mismas confusiones a sus integrantes.

Nuestra autoestima será responsable de los fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciara la capacidad del sujeto para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Se puede señalar que entre los tres y cinco años, el niño incorpora opiniones, apreciaciones y -por qué no decirlo- críticas, a veces destructivas o infundadas, acerca de su persona o de sus actuaciones. Su primer bosquejo de quién es él proviene, entonces, desde afuera, de la realidad ínter subjetiva. No obstante, durante la infancia, los niños no pueden hacer la distinción de objetividad y subjetividad. Todo lo que oyen acerca de sí mismos y del mundo constituye una realidad única. El juicio *este niño siempre ha sido enfermizo y torpe* llega en forma definitiva, como una verdad irrefutable, más que como una apreciación rebatible. La conformación de la autoestima se inicia con estos primeros esbozos que el niño recibe, principalmente, de las figuras de apego, las más significativas a su temprana edad. La opinión *niño maleducado* si es dicha por los padres en forma recurrente, indiscriminada y se acompaña de gestos que enfatizan la descalificación, tendrá una profunda resonancia en la identidad del pequeño.

En la adolescencia, a partir de los 11 años aproximadamente, con la instauración del pensamiento formal, el joven puede conceptualizar su sensación de placer o displacer, adoptando una actitud de distancia respecto a lo que experimenta, midiendo los rasgos que él mismo, sus padres o su familia le han conferido a su imagen personal.

Siendo la identidad un tema central en esta etapa, el adolescente explorará quién es y querrá responderse en forma consciente preguntas sobre su futuro y su lugar en el mundo. La crisis emergente tendrá un efecto devastador si el joven ha llegado hasta aquí con una deficiente o baja valoración personal. La obtención de una valoración positiva de sí mismo, que opera en forma automática e inconsciente, permite en el niño un desarrollo psicológico sano, en armonía con su medio circundante y, en especial, en su relación con los demás. En la situación contraria, el adolescente no hallará un terreno propicio -el concerniente a su afectividad- para aprender, enriquecer sus relaciones y asumir mayores responsabilidades (Hurtado, 2003).

---

El individuo con baja autoestima idea modalidades especiales a fin de lograr el cariño que tanto anhela. Lo hace a través del soborno, el llamado a la caridad, la invocación a la justicia o por medio de las amenazas. En cada uno de ellos va creciendo la cuota de hostilidad. Sin querer caricaturizar sus esfuerzos, la manera en que este individuo plantea su demanda de afecto puede adquirir la forma de clisés. El que soborna pareciera decir *te amo, por lo tanto, debes amarme y dejarlo todo por mi*; el llamado a la caridad parece expresar *tienes que amarme, porque sufro y estoy indefenso*; en la invocación de justicia el mensaje es *he hecho todo esto por ti y tú ¿qué has hecho por mi?*; en cambio, el que amenaza plantea directamente *si no me amas, entonces, ya verás*. Finalmente, cuando los recursos anteriores no dan resultado, la llamada puede ser *de todos modos ya nadie me quiere, así es que mejor me quedo en este rincón, para que nadie me desprecie* (Hurtado, 2003).

Es muy factible que el afecto dedicado a tales personas suscite en ellas desconfianza y ansiedad. Reaccionan como si ceder a esa libre y sincera expresión los capturara en una telaraña de sufrimiento, pudiendo experimentar hasta pánico ante la sospecha de que alguien le ofrece cariño sincero.

Aunque una baja autoestima no significa ni es sinónimo de psicopatología, como rasgo se la encuentra presente en una serie de trastornos de índole psicológico, como síntoma central, complementario o en combinación con otros.

De la muestra aquí estudiada tenemos a Rodrigo, joven de 17 años, que cursa el 5º. año de preparatoria y cuyo motivo de consulta fue, la preocupación por sus cambios constantes de estado de ánimo y su mala relación con su padre.

Vive con ambos padres, quienes mantienen una relación en donde el padre es quien determina lo que se hace y la madre simplemente se limita a obedecer, al igual que Rodrigo y su hermano menor.

Mencionó tener muchos conflictos con su papá porque en todo quiere imponerse,

---

que incluso es el tiempo que todavía le elige la ropa que debe ponerse y que menosprecia sus gustos diciéndole que es un tonto por elegir así, constantemente le dice que es un *bueno para nada*, se encarga de ridiculizarlo frente a sus amigos. Señala que lo ha golpeado mucho al igual que a su hermano más pequeño y que es recientemente cuando esto ha disminuido.

Rodrigo procura obedecerlo y cumplir con sus obligaciones en la casa, manteniéndola limpia, piensa que si bien su papá no actúa bien, tampoco su mamá, ya que no hace nada al respecto. No obstante, menciona que hay momentos en que cree y siente que realmente es muy tonto y que no sirve para nada y que tal vez por eso sus compañeros de la escuela le hacen muchas cosas que a él no le gustan, pero que lo permite. Eso pasa también con su novia quien le hace muchas escenas que él cree que están mal, pero no quiere que ella lo deje y por eso no le dice nada.

Otro indicador de la Tabla 8 es *el insomnio*, problema frecuente en los adolescentes, y aunque no fue posible obtener estudios mexicanos sobre su incidencia, se sabe que en esta época de la vida se inician despertares nocturnos, reportados de forma moderada y severa, estos pueden ocasionarse por diversos factores como puede ser la angustia generada por alguna situación que el joven considera desagradable y que se vive por lo regular dentro del ambiente familiar, escolar o social.

El insomnio es un síntoma que puede manifestarse como consecuencia de numerosas situaciones o cuadros clínicos. El transitorio está relacionado con situaciones estresantes, como la pérdida de un ser querido, problemas escolares o económicos, entre otros; factores ambientales, como el ruido, la temperatura extrema, la luz o los espacios muy cerrados; y los cambios de horario. Algunos individuos son especialmente vulnerables y tienen una escasa capacidad de adaptación, por lo que el trastorno puede volverse crónico. Asimismo, el insomnio puede ser la consecuencia de otros trastornos y patologías. En ocasiones, los

fármacos, el dolor, la ansiedad o la depresión que acompañan a ciertas enfermedades pueden ser causa de éste (News letters Mapa del Publicidad, 2002).

De acuerdo al texto se pueden establecer cuatro causas del insomnio en los adolescentes:

- Ψ Cambios fisiológicos: el desarrollo corporal puede producir cambios en el patrón del sueño.
- Ψ Estilo de vida: los cambios constantes de horario, bien por cuestiones laborales o por los viajes de los padres, provocan alteraciones en el ritmo circadiano.
- Ψ Fármacos: Entre los medicamentos y sustancias que pueden alterar el sueño se encuentran los antihipertensivos, anticolinérgicos, hormonas, estimulantes, esteroides, antidepresivos, broncodilatadores, descongestionantes, antineoplásicos, la cafeína y la levodopa.
- Ψ Patologías físicas o psicológicas.

Con base al Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) aplicados a insomnes crónicos adultos y adolescentes, los rasgos obtenidos más comunes fueron:

- Ψ Depresión.
- Ψ Ansiedad crónica.
- Ψ Inhibición de las emociones.
- Ψ Internalización de las emociones.
- Ψ Aprehensión.
- Ψ Carácter obsesivo.
- Ψ Estrés.

De manera particular en los adolescentes hay que considerar también los malos hábitos, ya que con frecuencia los jóvenes tienen mucha actividad antes de

acostarse, diariamente ven TV o leen en cama hasta muy tarde, toman muchos líquidos antes de dormir, hecho que los obliga levantarse durante las horas de sueño para ir al baño. Utilizan frecuentemente bebidas alcohólicas, estableciendo estilos de vida inapropiados que repercuten en una mala higiene de sueño, generándose con todo esto, periodos de insomnio que pueden llegar a hacerse crónico (News letters Mapa del Publicidad).

Vanesa, joven de 18 años, que cursa 6°. grado, solicitó ayuda psicológica manifestando padecer de insomnio. Dice pertenecer a una familia estable compuesta por la madre, padre y hermanas, donde no existen grandes problemas, que le hagan perder tranquilidad. Lo que le inquieta es que considera que sus padres confían en ella y que les ha ocultado que debe materias de 4°. grado, también se ha enterado por accidente que es hija adoptiva, al enterarse se sintió muy lastimada pero pensó que la persona que la regaló tuvo sus razones para hacerlo y que le hizo un bien ya que la dejó en una familia muy bonita. Y finalmente le han practicado un legrado, sin que su padre esté enterado. Su madre sí se enteró pero no la acompañó a la clínica - comenta Vanesa con mucho enojo -

Se siente sumamente culpable de que esto haya sucedido, además de que esta misma situación ha propiciado muchas discusiones con el novio con el que lleva dos años de relación, por lo que actualmente este noviazgo es muy difícil.

Lo que se puede observar en Vanesa es que el insomnio es sólo la manifestación de un estado de ansiedad y depresión, en donde una problemática fue escalando haciéndose cada vez más compleja. También se puede señalar que aunque ella expresa que en su familia no hay problemas serios si existen severos problemas de comunicación.

En cuanto a la **irritabilidad y agresividad**, (una problemática más de la Tabla 8). son aspectos, que en un nivel moderado, están presentes en todos los adolescentes y son parte de sus estados de ánimo cambiantes, ante el menor



sentimiento de frustración pueden responder rápidamente con enojo e irritabilidad.

La agresividad en el adolescente también es síntoma de enojo, de desacuerdo, de frustración y de impotencia ante algunos hechos que vive cotidianamente y desafortunadamente. También la agresividad es un patrón comportamiento aprendido en su entorno familiar, como es el caso de Cristian quien tiene 18 años y apenas cursa el 4º. grado, en calidad de oyente, ya que fue expulsado por responder violentamente a las provocaciones de compañeros, perdiendo dos años escolares. Manifiesta vivir con ambos padres, dos hermanos más pequeños y una hermana, tener un padre alcohólico, intransigente, muy celoso con la esposa, poco afectivo y que siempre lo ha golpeado. Cristian dice ser muy agresivo, muy celoso con su novia y tener un grupo de compañeros que liderea, con lo que ha ganado el respeto de los demás, por tal razón no es fácil que se metan con él y su grupo. Sin embargo menciona que esto a él ya no le gusta y por eso pide ayuda psicológica.

Respecto a **los celos**, octava problemática de la Tabla 8. Klein (1957), afirma que son necesariamente una relación de objeto total. Suceden en el enamoramiento que busca la fusión incondicional, borrar las diferencias y la unión indiscriminada, remite a la primitiva relación madre-bebé-pecho como unidad indivisible, idealizada, narcisista, la cual, al ser rota, genera odio. Este se expresa en un pasaje desde los sentimientos de celos hasta la envidia dirigidos hacia aquel que irrumpe dentro de dicha unidad. Existe una estrecha conexión entre celos, envidia y voracidad. En los celos, surge en el bebé el deseo de exterminio hacia aquel o aquellos que vienen a usurpar su lugar y que era de él cuando no había sido destetado Klein (1957).

En los adolescentes el grado de sensibilidad y la inestabilidad emocional, generados por los cambios de todo tipo que se están produciendo, hacen que el mecanismo de los celos actúe con más frecuencia, lo cual resulta ser un tanto natural ya que la actividad auto erótica, que busca satisfacción y placer sexual

aparece con gran intensidad y aunque en las mujeres en ocasiones está inhibida, es parte necesaria y natural del desarrollo de la identidad sexual, etapa justamente en que se empiezan a establecer relaciones interpersonales más cercanas que en ocasiones adquieren tintes de celos y posesividad, Wendling (2001).

Así es el caso de Ana Luisa, joven de 17 años que cursa el 6º. grado quien acude al servicio psicológico manifestando sentir inseguridad y celos hacia quienes le rodean, vive con sus padres y una hermana mayor, dice llevarse bien con ellos, menciona que sus padres no se llevan bien entre ellos porque el papá tiene otra relación sentimental.

Ana Luisa padece problemas visuales de miopía y estrabismo, esto ha sido motivo de burla por parte de sus compañeros de escuela que siempre le han puesto apodosos y le han creado complejos de inferioridad. Ella piensa que lo que cree que le pertenece, tiene que ser solamente de ella, por ejemplo sus padres de quienes se queja por la preferencia que tienen por la hermana, de sus amigas cuando le hablan a alguien que ella no conoce y considera que su novio tiene la obligación de sólo atenderla a ella.

**El miedo** (a la muerte, a la soledad, al rechazo etc.) fue otro de los motivos de consulta, el cual puede ser producto del cambio repentino que se ejerce en sus cuerpos junto con todo el proceso de desarrollo inherente en esta etapa, ya que no sabe exactamente que es lo que está sucediendo dentro y fuera de él, no está preparado para ello. A este hecho se suma en gran parte todo lo que ocurre en su entorno familiar y social.

El miedo impregna la vida cotidiana en donde los reportes noticiosos dan cuenta de la gran criminalidad que impera, secuestros, asaltos, asesinatos etc.; la situación económica y la posibilidad de incorporarse a un nivel escolar determinado o la necesidad de decidir *lo que va a ser en su vida*, sólo por mencionar algunos aspectos.

Un caso de miedo obsesivo a la muerte fue manifiesto por José Manuel, joven de 17 años de 4º. grado, quien tiene constantemente pensamientos sobre la muerte: ¿cómo va a morir? ¿cuándo?, esto es frecuente pero sólo en las noches le sucede, para distraerse prende la luz o la televisión hasta que se queda dormido. José Manuel vive con su madre, es hijo único, no conoció a su padre, ya que éste los abandonó cuando era muy pequeño, menciona sentir desprecio por él. Él a su vez tiene un hijo de un año, se hace cargo de sus gastos pero no vive con el niño con la madre del niño.

En este caso al igual que en algunas de las problemáticas registradas en este trabajo, se observa como común denominador la depresión, que involucra además la dificultad para conciliar el sueño.

En lo que respecta al sector que manifestó tener conflicto en el área de socialización (Tabla 9), es decir, dificultad para relacionarse, podemos mencionar que lograr la identidad, permite al joven proyectarse a nivel personal y social. Erickson (1970) denominó crisis de identidad, al momento previo a lograr una identidad diferenciada, en que la personalidad se integra en un todo que le permite identificarse consigo mismo y diferenciarse de los demás, logrando con todo esto superar la mencionada crisis. Configurando su desarrollo personal y el sentimiento de unidad y coherencia de sí mismo, las definiciones fundamentales de su vida y aspectos claves de su relación con la realidad.

Evidentemente, el porcentaje de jóvenes que manifestaron problemas de socialización, -según lo manifestado por Pearson (1970), presentan un cierto grado de desorganización y confusión, mantienen un conflicto entre el cambio repentino de su cuerpo, su desarrollo interno (cognoscitivo y emocional) y su medio ambiente, lo que les impide establecer relaciones con sus pares.

Dentro del mundo socioafectivo del adolescente, las relaciones de amistad son para él de trascendental importancia, incluso busca en el grupo una razón de ser,

un ideal del Yo, una imagen que le de seguridad, que tranquilice su inquietud interior y le devuelva el sentimiento de valor que tanto requiere en ese momento, y el grupo le va a permitir al adolescente afirmarse con toda seguridad.

En medio de otros que piensan y sienten como él, se puede olvidar de sus actitudes defensivas, expresarse libremente sin temor a no ser comprendido o tropezar con la sonrisa irónica y de superioridad del adulto. Las amistades de pares lo toman en serio y él encuentra un ideal y unos valores a la medida de sus aspiraciones.

Este segmento de la muestra, hasta el momento no ha logrado conformar su identidad, lo que significa principalmente adecuación y fortaleza del Yo, equilibrio, madurez, integridad personal, racionabilidad y confiabilidad; adecuado grado de satisfacción personal, de adaptación y responsabilidad social; expresión espontánea y seguridad en sí mismo, es decir, una identidad que les permita interactuar con su medio. No han adquirido la capacidad para relacionarse adecuadamente fuera de su entorno familiar, de socializar, debido tal vez porque las condiciones no han sido favorables para superar las crisis presentadas.

Cintia con 15 años cursa el 4º. grado, ella es uno de los casos con dificultad para relacionarse. Vive con sus papás y su hermano, quienes mantienen entre ellos una buena relación. Ella tiene preferencia y más confianza con su padre al que le cuenta primero lo que sucede y éste le aconseja, aunque en ocasiones le sugiere continuar por ejemplo con la estudiantina ya que hay personas de mejor nivel económico, pero a ella continuar en ese grupo no le hace sentirse bien. Siempre ha estado inscrita en escuelas particulares y es buena estudiante, menciona que cada que inicia un ciclo escolar es terrible ya que sus compañeros nunca la aceptan, le hacen maldades o le ponen apodos. No se lleva bien ni con hombres ni con mujeres, por lo que no tiene amigos ni dentro ni fuera de la escuela. Esto hace que se sienta muy mal ya que su núcleo de interacción es únicamente el familiar.

En cuanto a la problemática de bajo rendimiento escolar (Tabla 10), se puede señalar que a estos jóvenes no les preocupa, lo cual no quiere decir que no exista, pero al menos no es un motivo para visitar al psicólogo.

Al respecto Ana Freud (1984) señaló que cuando el adolescente tiene un desempeño escolar pobre, no es que se lo haya propuesto, sino que desafortunadamente coincide el periodo de mayor conmoción en su vida, con la etapa en la que se le exige mayor y mejor desempeño escolar.

En este periodo se genera un cambio importante en el pensamiento del joven ya que es el momento en que adquiere la capacidad de un razonamiento superior al que se tiene cuando es niño, -lo que Piaget (1970) establece como pensamiento formal-, sin embargo, cuando existe algún bloqueo emocional ocasionado por un estado de angustia excesivo, debido por ejemplo a problemas en la familia, se obstaculiza la capacidad del adolescente, para estudiar y cumplir satisfactoriamente las demandas intelectuales.

Ese es el caso de Ismael de 17 años, quien acudió por bajo rendimiento escolar, menciona que no le importa mucho la escuela, al menos por ahora y que en cuanto se lo proponga mejorará en sus materias.

Ismael está viviendo el reciente divorcio de sus padres, opina que ambos tuvieron errores que propiciaron la separación, sin embargo, culpa más a su madre del suceso. Ismael vive con ella pero considera que no le brinda atención, que se pasa mucho tiempo hablando por teléfono con su nueva pareja y la forma de rebelarse es el no comprometerse con la escuela.

Ismael tiene una hermana con la que también vive y la cual le es indiferente, a su padre lo ve frecuentemente, se llevan bien y no lo critica aunque él se emborracha y también tiene otra pareja.

Por otra parte hay un porcentaje aparentemente pequeño de las problemáticas denominadas *Diversas* las cuales se pueden apreciar en la Tabla 11. Sin embargo, en función de su contenido resulta ser un porcentaje significativo y por lo mismo muy preocupante.

Una de esas problemáticas fue la **violación**, la cual no necesariamente es inherente ni privativa de la adolescencia. No obstante, esta etapa los puede identificar como un grupo vulnerable. Toda víctima de abuso sexual, responde con mucho miedo y ansiedad y hay un fuerte cambio en el comportamiento que puede identificarse por los siguientes síntomas postraumáticos:

- Ψ Recuerdos vívidos del evento traumático (*flashbacks*)
- Ψ Problemas de concentración
- Ψ Sentimiento de culpa
- Ψ Cambio en la percepción de si mismo
- Ψ Depresión
- Ψ Modificación en las relaciones interpersonales
- Ψ Perdida del apetito sexual
- Ψ Miedo

La violencia en el seno de la familia ha existido siempre en diversas formas, pero sólo en el último decenio se ha reconocido que los abusos representan un grave problema, tanto por su magnitud como por sus consecuencias. Se estima que sólo cuatro de cada 10 mujeres maltratadas recurren a la denuncia penal y de éstas sólo tres logran iniciar un procedimiento formal. Aunque no existen datos que permitan cuantificar la violencia intrafamiliar a nivel nacional, se cuenta con información de distintas fuentes que reporta que las mujeres víctimas de violencia la reciben principalmente de sus familiares cercanos (padre, hermanos, primos, tíos e incluso de su pareja); también se sabe que la gran mayoría de las víctimas de delitos sexuales son mujeres.

---

El Centro de Terapia y Apoyo para Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal reporta que de las víctimas menores de 13 años tratadas en el periodo de enero a septiembre de 1997, un 52% son víctimas de abuso sexual y el 31% de violación. En cuanto a género el 70% de todos los menores tratados eran niñas. Asimismo se tiene que en 1999 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió a 24,927 niñas y niños maltratados, de los cuales 12,219 eran niñas y 12,916 eran niños.

Una encuesta reciente en el Distrito Federal realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), muestra que la violencia intrafamiliar tiene lugar en 30.4% de los hogares - casi uno de cada tres - en la forma de maltrato emocional, intimidación o abuso físico o sexual. El maltrato emocional ocurre en casi todos estos hogares y el abuso sexual en 1.1%. Sólo 14.4% de estos hogares buscan alguna clase de ayuda, a pesar de que el 72.2% cree que se repetirá la violencia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Parte de esta estadística es Brenda de 16 años, quien fue violada por su padrastro, ella intentó poner una denuncia de este hecho pero su madre pensó que era un invento de ella para estropearle su relación con el padrastro, y al enterarse de la denuncia ante las autoridades que Brenda realizaba, la madre se enfermó, sus familiares de Brenda le dijeron que eso era por su culpa, desistiendo por este hecho de llevar a cabo la mencionada denuncia.

Brenda vive actualmente con la madre, el padrastro y un hijo de ambos de 11 años, con el que mantiene una muy mala relación y quien constantemente la llama *loca*. Manifiesta que el padrastro la acosa constantemente, pero que ella ahora lo enfrenta con violencia, evitando seguir siendo violada por él. No obstante Brenda ha tenido otras experiencias en las que se ha sentido, sino violada si obligada a tener relaciones sexuales, como sucedió con una prima de ella, mayor, lesbiana, que la indujo bajo amenazas a una actividad sexual.

Brenda se siente incomprendida, víctima de la violencia intrafamiliar que prevalece en su núcleo familiar ya que siempre fue golpeada por la madre y hoy se ha convertido en una joven sumamente violenta y desconfiada que consume drogas, que ha asaltado a mujeres utilizando un cuchillo para amenazarlas y que inclusive ha intentado suicidarse en muchas ocasiones.

Otra de las problemáticas presentadas en esta área es la **homosexualidad**, considerada como la atracción sexual persistente y emocional hacia alguien del mismo sexo. Es durante la niñez y adolescencia, que por primera vez muchos individuos se percatan de su homosexualidad ya que con la reactivación de los impulsos libidinales, normalmente se reconoce la orientación sexual del individuo.

La orientación homosexual frecuentemente implica para los padres una gran dificultad, les genera un sentimiento de tristeza y en muchas ocasiones de vergüenza, que no les es fácil aceptar y necesitan entender que no implica un desorden mental, es decir, desde 1984, la Asociación Americana de Psiquiatría dejó de conceptualizar a la homosexualidad como patología, para considerarla como una conducta que implica una preferencia sexual diferente.

Alberto de 16 años, cursa el 6º. grado de preparatoria, solicitó apoyo psicológico con mucha pena y con visible ansiedad. Manifiesta ser homosexual, hecho que lo deprime profundamente, no por serlo sino porque no encuentra la forma de decírselo a su mamá, con quien lleva una muy mala relación, es sumamente irritable y de quien asegura recibirá una serie de reclamos y reproches, una incomprensión total e incluso teme que la mamá al enterarse, pueda enfermar. El vislumbrar rechazo e incomprensión de su familia lo hace sentir que la vida no tiene sentido, que es mejor morir.

Alberto vive con su madre, que es madre soltera, una hermana de 7 años y sus abuelos maternos, desde pequeño en el kinder sus compañeros le hacían muchas travesuras y le pegaban, a él eso le daba mucho miedo y se escondía



bajo las mesas, en este tiempo fue atendido psicológicamente ya que presentaba enuresis.

En la primaria las cosas no cambiaron mucho, sus compañeros siguen molestandolo por ser amanerado, por lo que Alberto opta por permanecer aislado. Ya estando en la secundaria es cuando descubre que son los niños los que le llaman la atención, hecho que le produce sufrimiento y el deseo de que esto permanezca oculto y de que nadie se entere.

Desafortunadamente, los homosexuales son, en términos generales, criticados y aislados ya que, tal orientación sexual aun no es aceptada del todo como normal, lo que les ocasiona grandes sentimiento de rechazo e infelicidad.

Particularmente en los adolescentes se genera mucho sufrimiento porque se sienten diferentes a sus pares (amigos o compañeros); culpables acerca de su orientación sexual; preocupados acerca de cómo pueda responder su familia y seres queridos; son objeto de burla y de ridículo por parte de sus pares. Presentan una gran preocupación por infectarse del VIH y por otras enfermedades de transmisión sexual; temen la discriminación al intentar pertenecer a clubes, participar en deportes, ser admitidos en universidades y conseguir empleos. Los adolescentes homosexuales pueden aislarse socialmente, separarse de las amistades y los amigos, a causa de todo esto pueden tener problemas para concentrarse y baja autoestima. También pueden desarrollar depresión, que de acuerdo a estudios recientes se demuestra que en esta población existe un alto índice de muerte por suicidio (Batiz, 2003).

Es decir, además de pasar por estados de estrés, luchas e inestabilidades propias de la adolescencia, tienen que sumar la historia de rechazos y culpas que su condición les genera.

Es importante señalar que como parte del desarrollo normal, todos los niños

---

exploran y experimentan sexualmente. Este comportamiento sexual puede llevarse a cabo con miembros del mismo sexo o del sexo opuesto es decir, los pensamientos y sentimientos homosexuales son muy frecuentes en el desarrollo con orientación heterosexual.

Para muchos adolescentes el experimentarlo, puede causarle preocupación y ansiedad respecto a su orientación, aun el sólo pensamiento o fantasía pueden causar gran ansiedad (Batiz, 2003).

**El suicidio**, es el tercer indicador que aparece en la Tabla 11 (Problemáticas Diversas). Al respecto Emile Durkheim en su clásico trabajo del *Suicidio* adelantó la noción de que los factores sociales influyen en la incidencia y predominio del suicidio. Estudios previos a los de él se centran en factores biológicos o cósmicos, pero Durkheim fue el primero en correlacionar los índices o tasas de suicidio con ciertos fenómenos sociales como son la estructura familiar, grupos políticos y económicos, así como filiación religiosa.

El autor sugiere que debe haber una relación entre el número de suicidios suscitados en una comunidad determinada, y el grado como se integran los individuos dentro de su estructura social. Esto es, si uno quisiera comprender y ponderar las condiciones que determinan las tasas de suicidio, tendría que realizarse un examen de las características de la estructura social. El autor creyó que la mayor elasticidad o equilibrio económico reducirían eventualmente los índices de suicidio.

El suicidio es ahora la causa de muerte más común entre los 15 y 24 años, sin importar nivel social. Cabe enfatizar que el número de suicidios registrados en México ha tenido un incremento de un 32.8% según datos del INEGI (1998), en un sector de la población entre los 20 y 24 años en hombres y de 15 a 19 años en mujeres. Siendo los hombres los que utilizan métodos más violentos y más

efectivos, ya que de 100 hombres que lo intentan 97 lo consiguen mientras que de cada 100 mujeres, 84 lo consuman.

Aunque no existe un tipo específico de personalidad suicida, se debe estar alerta ante los siguientes signos:

- Ψ Ensimismamiento, urgencia por estar solo, aislamiento.
- Ψ Mal humor.
- Ψ Cambios de personalidad.
- Ψ Amenaza de suicidio.
- Ψ Entrega de las pertenencias más preciadas a otros.

Si bien, muchos de los suicidios que ocurren se pueden deber a problemas económicos, conflictos emocionales, depresión o padecimiento de enfermedades terminales, como cáncer o SIDA, entre otras, también es un hecho que hay una importante cantidad de casos en los que no se encuentra ningún tipo de explicación, y eso hace pensar que el problema puede provenir de su propia cultura y religión.

Por ejemplo, la media nacional de suicidios es de cinco personas por cada mil habitantes, pero en el caso de Yucatán (junto con Campeche y Tabasco) se ha convertido en la tercera causa de muerte en personas entre los 15 a 24 años. No obstante, las autoridades estatales han insistido en que las cifras de Tabasco son altas en razón de que tiene un mayor control estadístico de los casos, a diferencia de otros estados y afirman, incluso, que la incidencia se ha reducido. La Secretaría de Salud en cambio, considera el suicidio como un problema de salud pública de la última década, pese a no estar aún entre las primeras 10 causas de mortandad (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1994).

En una conferencia sobre el suicidio en la gente joven, celebrada en enero de 2001 en un hospital de Dublín, se señaló que la mitad de los jóvenes que habían intentado suicidarse habían padecido abusos físicos previos; el 67% había tenido

dificultades en el aprendizaje y un 55% sufrieron depresiones. Estos datos indican la gran importancia que tiene el apoyar a los jóvenes para reducir las cifras de suicidio.

Las visiones constructivistas de la realidad y la teoría cognitiva en particular, mencionan que no son los hechos en sí sino las interpretaciones que de ellos se hacen lo que determina la visión del futuro. La teoría cognitiva también sostiene que el estado de ánimo es interdependiente de nuestra cognición, en particular en lo que hace a la representación de nuestro futuro. Pérez, (2000) hace mención de lo que Beck ha postulado sobre la visión negativa del futuro como uno de los tres elementos de la tríada cognitiva de la depresión. Los pacientes depresivos ven el futuro en forma idiosincrásicamente negativa; su visión del porvenir parece estar permanentemente sesgada hacia lo negativo. Así, la desesperanza es un síntoma central pero no exclusivo de la depresión.

La investigación sobre el suicidio muestra por ejemplo, que existe una mayor correlación entre desesperanza y conducta suicida que entre suicidio y depresión. En otras palabras, la desesperanza es un mayor predictor de la conducta parasuicida que la depresión (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1994).

El caso que se presentó a consulta es un parasuicida, término que se define como cualquier acto que una persona realiza deliberadamente para morir, pero que no llega a consumar. Estudiar el parasuicidio y a los parasuicidas es un medio para tratar de luchar contra el suicidio, pues muchos de los parasuicidas repiten su acción en periodos de tiempo más o menos largos. En efecto, una de cada cinco personas que tratan de quitarse la vida, lo intentan de nuevo antes de haber transcurrido 6 meses, y, al menos un tercio de los que consiguen terminar con su vida, han intentado hacerlo ya con anterioridad. Por ello, es fundamental prestar ayuda a estas personas (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1994).

Es el caso de Verónica de 17 años, cursa 6º. grado y solicita ayuda psicológica ya que ha intentado suicidarse en tres ocasiones. Menciona que en su casa no hay grandes problemas, vive con sus padres y una hermana, sus padres se llevan bien entre sí, Verónica ha mejorado su relación con la madre ( no era buena) a raíz de haber participado en retiros espirituales.

El primer intento de suicidio fue cuando Verónica tenía 10 años, se cortó las venas de las manos, escondiéndose para no ser sorprendida, pero alguien se dio cuenta y la auxiliaron.

Su segundo intento fue en la preparatoria, momento en que se sintió rechazada por sus amigos y que no les interesaba por lo que no tenía sentido vivir, acto seguido se colocó estratégicamente en un segundo piso con la intención de aventarse, pero alguien se lo impidió.

Dice tener un novio al que siente querer mucho y del que piensa que es algo muy especial para ella. Sin embargo menciona que en ocasiones han discutido muy fuerte y que incluso él ha llegado a pegarle y que esto fue el motivo de su tercer intento de suicidio.

Ella manifiesta haber tenido una experiencia homosexual a los 7 años, y hace muy poco, estando ya muy alcoholizada, con una compañera de la escuela. Le da miedo aceptar que le gusten las mujeres, pero piensa que es mejor una relación sexual con una mujer porque ellas saben que es lo que sexualmente les gusta a las mujeres. Continuamente tiene sueños en los que esta teniendo relaciones sexuales con mujeres.

Otro de los problemas que se presentaron fue el **trastorno de conducta alimentaria** considerado como una de las enfermedad devastadora producida por una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o

biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez.

Cada año, millones de personas son afectadas por serios **trastornos de la alimentación**, que muchas veces ponen en peligro la vida de quienes los padecen. La gran mayoría son mujeres jóvenes o adolescentes, aunque los adultos y hombres, no están exentos de padecerlos.

Las consecuencias de los desórdenes alimentarios pueden ser severas, por ejemplo, uno de cada diez casos de anorexia nerviosa culmina con la muerte por desnutrición, suicidio, problemas cardíacos y otras complicaciones médicas (Balbuena, 2003).

Tratando de entender las causas de estos trastornos, se han estudiado los factores genéticos, la personalidad, los factores de tipo ambiental y la bioquímica de las personas que los padecen. Sin embargo, mientras más se sabe de ellos, más complejas parecen ser las causas que están en su base.

Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen un tipo de problemas que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente, afectando de manera primordial, a personas jóvenes de sexo femenino.

Si bien clínicamente se pueden clasificar distintas alteraciones, el elemento común está dado por la intención de disminuir el peso corporal, independientemente de cual sea. Esta búsqueda se acompaña de un intenso temor a engordar, que excede las preocupaciones de la mayoría de las personas. Estas características llevan a cambios o alteraciones del comportamiento tales como: una alimentación que no cumple con las necesidades básicas del organismo, y esto puede darse a través de una negativa a comer todo tipo de alimentos o sólo un grupo de ellos; o por el contrario, alimentarse con grandes cantidades de comida generalmente en cortos espacios de tiempo, con la sensación de no poder controlarse.

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, que se da principalmente en mujeres, producto de una sociedad que apuesta a la imagen sin saber diferenciar entre saludable por fuera y enfermo por dentro, entre producto y envoltura, y que está ciega frente a la posibilidad de muerte, que se impone, a través de los medios masivos de comunicación con un mensaje particular: delgadez es igual a belleza, fama y éxito. Además de los factores culturales implicados en la etiología de esta enfermedad, las investigaciones indican que el comienzo de la enfermedad se asocia a un suceso estresante. Un rendimiento académico por encima de lo normal y un miedo irreal al fracaso, son algunas características mencionadas por estas pacientes (Balbuena, 2003).

La anorexia consiste en una alteración grave del comportamiento alimentario que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso, como la utilización de purgas, vómitos provocados o ejercicio físico excesivo.

En la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- Ψ el tipo restrictivo.
- Ψ el compulsivo/purgativo.

El primero describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, mientras que el segundo se utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas. Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (influencias y expectativas sociales).

Algunos de los síntomas principales son:

- Ψ El comienzo de la enfermedad tiene lugar entre los 10 y los 30 años aproximadamente; cada vez el inicio es más precoz.
- Ψ Profundo deseo de adelgazar.
- Ψ Percepción errónea de la imagen corporal (la persona tiende a percibirse gorda).
- Ψ Sólo en períodos más avanzados de la enfermedad se pierde el apetito.
- Ψ Rechazo a la comida.
- Ψ Dieta y ejercicios excesivos.
- Ψ Ausencia de períodos menstruales.
- Ψ Preocupación obsesiva por el tipo de alimentos.
- Ψ Disminución significativa de peso o falta de aumento de peso durante el período de crecimiento (el peso corporal se encuentra, al menos, un 15% por debajo del peso normal para esa persona).
- Ψ Resistencia a mantener un peso corporal mínimo estipulado para su talla, sexo y edad.
- Ψ Intenso placer ante la idea de estar delgado.

La aparición de esta enfermedad se da especialmente en la adolescencia, ya que en esta etapa el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que se tiene del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica y donde la familia y gran parte la publicidad, propician la evolución de la enfermedad.

Algunas consecuencias de la anorexia son:

- Ψ Caída del cabello.
- Ψ Alteraciones hormonales.
- Ψ Alteraciones del sueño.
- Ψ Disminuye la temperatura corporal.
- Ψ Amenorrea.



- Ψ Piel seca.
- Ψ Ritmo cardíaco lento.
- Ψ Crece vello fino sobre la superficie del cuerpo.
- Ψ Estreñimiento.
- Ψ Uñas quebradizas.
- Ψ Osteoporosis.
- Ψ Muerte por desnutrición.

Algunos de los cambios de carácter y otros trastornos asociados que se pueden presentar son:

- Ψ Irritabilidad.
- Ψ Ira.
- Ψ Sentimientos de culpa y autodesprecio.
- Ψ Colección de recetas.
- Ψ Retraimiento social.
- Ψ Estado de ánimo deprimido.
- Ψ Insomnio.
- Ψ Pérdida de interés por el sexo.
- Ψ Sentimientos de incompetencia.
- Ψ Necesidad de controlar el entorno.

Con esta enfermedad se corre un riesgo que es irreversible: la muerte, que puede ser por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Lo más probable es que se aislen socialmente, perdiendo el trabajo, los amigos, el estudio, y que su personalidad se deteriore; que no puedan disfrutar la posibilidad de ser personas.

En cuanto a la bulimia, es una enfermedad de causas diversas que produce desarreglos en el comportamiento y en la ingesta alimentaria, con la alternancia

de periodos de compulsión para comer (atracones) y conductas compensatorias inadecuadas (dietas abusivas, provocación de vómitos, ingesta de diversos medicamentos, laxantes y diuréticos etc.).

En la bulimia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- Ψ el purgativo.
- Ψ el no purgativo.

El primero describe cuadros clínicos en los que durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o emplea laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En el segundo se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (influencias y expectativas sociales).

Los síntomas de bulimia siempre incluyen episodios recurrentes de:

- Ψ Ansiedad o compulsión para comer.
- Ψ Vómitos.
- Ψ Abuso de medicamentos laxantes y diuréticos.
- Ψ Seguimiento de dietas diversas.
- Ψ Deshidratación.
- Ψ Alteraciones menstruales.
- Ψ Aumento y bajas bruscas de peso.
- Ψ Aumento de caries dentales.

Aunque es un problema que tiene mayor incidencia en las mujeres, también los

---

varones pueden presentarla, siendo sus características en ambos muy similares. Algunas características que pueden presentar son: baja autoestima, necesidad de aceptación, incapacidad para hacer frente a tensiones emocionales, problemas familiares y de relación; depresión, abuso de drogas, ansiedad y trastornos de la personalidad.

Se ha visto que la homosexualidad y la bisexualidad parecen ser también factores de riesgo en varones, ya que al igual que en la mujer hay una gran preocupación por la imagen.

El caso que se presentó a consulta fue el de Rocío que con 15 años cursa el 4º grado de preparatoria y acudió al consultorio manifestando que se siente muy insegura e inconforme con su apariencia, porque está muy gorda (pesa 47 kilos y mide 1.55 mts.). Manifiesta que deja de comer por días para ver si así baja de peso, consume sólo algunas galletas con leche por la mañana y agua durante todo el día.

Se siente muy desganada, sin interés por nada, va mal en la escuela y hay momentos en que nada le importa, piensa que es posible que intente suicidarse como su hermana de 17 años que ya lo ha intentado en varias ocasiones, tiene un hermano de 14 años que es muy rebelde, el cual se ha enfrentado a golpes con su mamá. Este niño, dice Rocío fue muy golpeado por la madre cuando era más chico.

Menciona que su papá no vive con ellos desde hace 6 años, se llevaba muy mal con la mamá quien es sirvienta, no les presta atención a ella y a sus hermanos y que con frecuencia los golpea.

Rocío tiene una prima a la que ve muy delgada y bonita, con una familia integrada y buena posición económica. Desea estar como ella, por esa razón no come para lograr su objetivo.

Como se puede ver en el problema de Rocío se conjugan los aspectos biológicos, sociales y económicos.

Otra problemática que se ha incrementado de manera alarmante en nuestra sociedad, de manera particular entre jóvenes de 13 y 24 años, es el **SIDA**. Dentro de la muestra estudiada, se presentaron dos casos relacionados con este problema, número que es altamente significativo si se considera que por cada 59 adolescentes pudiera haber dos con esta problemática.

Múltiples factores están asociados con comportamientos sexuales de alto riesgo entre los adolescentes. Los determinantes de riesgo para ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), incluyen factores conductuales, psicológicos, sociales, biológicos e institucionales.

El riesgo a exponerse a una ETS se asocia con la edad de inicio de la vida sexual; los jóvenes que inician tempranas relaciones sexuales, tienen un riesgo mayor de presentar una infección genital. Se ha observado que los niños alcanzan la pubertad y la madurez sexual a una edad más temprana que en décadas anteriores, condición que puede incidir también en un pronto inicio de la expresión sexual.

Según el Centro de Investigación de Salud Poblacional, algunas de las características de personalidad que guardan una relación importante con la manifestación de conductas sexuales riesgosas en los adolescentes son: una gran demanda de gratificación inmediata aunada a la experiencia de novedad, muestran un mayor número de prácticas riesgosas. Al igual que los jóvenes con pobre control de impulsos muestran una mayor propensión a patrones conductuales de riesgo que compañeros con un mayor control.

El consumo de alcohol, el abuso y la dependencia de sustancias, constituyen un

---

factor relacionado con conductas sexuales de riesgo. En este sentido la práctica de relaciones sexuales es frecuente. La poca tolerancia a la frustración y los estresores psicosociales también favorecen conductas sexuales riesgosas (Castañeda, 2002).

Investigaciones al respecto señalan que el hecho de haber recibido información acerca del SIDA, es algo que no determina la utilización de preservativos para evitar el contagio, esto debido a una percepción optimista del adolescente al creer que a él no le va a ocurrir, como consecuencia de los estereotipos que existen sobre los homosexuales y drogadictos como un sector privativo de este problema. Pueden también no usar preservativo como una conducta autodestructiva y desadaptada o por considerarlo como *antiplacentero*. Las causas son múltiples y seguramente en muchas de ellas no está implicada la desinformación, sino factores psicológicos, muchos de los cuales son propios de la adolescencia.

Dentro de los factores contextuales de riesgo está el papel de las instancias normativas como la familia, escuela, iglesia, etc., que es fundamental. Los mensajes de la iglesia católica juegan un papel determinante (89.13% de mexicanos son católicos INEGI, 1997) en tanto que descalifican la vida sexual activa fuera del matrimonio y sin fines procreativos, por ende el uso del condón está condenado.

Por otro lado, las escuelas e instituciones se concretan a instruir en materia sexual, sólo tomando en consideración la norma de los programas oficiales de educación, los cuáles se circunscriben básicamente a informar sobre los órganos reproductores y la reproducción.

Los padres delegan en muchas ocasiones en los profesores la responsabilidad de instruir a sus hijos, les confieren la función de educadores sexuales al no serles *posible* tocar estos temas en casa porque a ellos les cuesta mucho trabajo, no saben como hacerlo, no hay la comunicación necesaria debido a sus prejuicios.

Por otro lado las campañas publicitarias de los sistemas de salud no son exitosas debido tal vez a que, la mancuerna sexo-muerte es una constante subliminal, misma que los jóvenes tienden a rechazar. Asimismo, se ha observado la poca información sobre el condón a través de los medios masivos de comunicación Castañeda (*op. cit*)

Es importante señalar que desafortunadamente los sistemas de salud mental, no han aportado ningún modelo de prevención y/o intervención creativos, con resultados exitosos, que coadyuven en la disminución de los índices de propagación de este problema de salud pública.

La problemática de propagación del SIDA dentro de la muestra estudiada fue presentada por una adolescente de 19 años que cursa el 6º. grado, de nombre Lilia, perteneciente a una familia disfuncional, con cinco hermanos siendo ella la tercera. Se presenta mencionando que recién había recibido su prueba de VIH como positiva. Dentro de su relato menciona que sus padres, ambos alcohólicos y golpeadores, se separaron cuando ella tenía tres años. La madre inicia una nueva relación con un hombre que posteriormente viola a Lilia a los cinco años, la madre se da cuenta pero golpea a Lilia argumentando que es ella la que tiene la culpa, se separa unos días del padrastro pero este regresa y sigue violando a Lilia hasta que ella es más grande.

Por esta razón, ella se sale de su casa y empieza a drogarse y a vivir en la calle. Inicia su vida sexual sin ninguna protección, así transcurre su vida y ella hace esfuerzos para no dejar la escuela. La aceptan en la casa de una amiga pero ella sigue drogándose y con una vida sexual activa, así se entera de que una de sus parejas sexuales está infectada de VIH, por lo que se realiza la prueba y resulta positiva.

En lo referente al **alcoholismo y la drogadicción** (Tabla 12 ), no obstante que

Por otro lado las campañas publicitarias de los sistemas de salud no son exitosas debido tal vez a que, la mancuerna sexo-muerte es una constante subliminal, misma que los jóvenes tienden a rechazar. Asimismo, se ha observado la poca información sobre el condón a través de los medios masivos de comunicación Castañeda (*op. cit*)

Es importante señalar que desafortunadamente los sistemas de salud mental, no han aportado ningún modelo de prevención y/o intervención creativos, con resultados exitosos, que coadyuven en la disminución de los índices de propagación de este problema de salud pública.

La problemática de propagación del SIDA dentro de la muestra estudiada fue presentada por una adolescente de 19 años que cursa el 6º. grado, de nombre Lilia, perteneciente a una familia disfuncional, con cinco hermanos siendo ella la tercera. Se presenta mencionando que recién había recibido su prueba de VIH como positiva. Dentro de su relato menciona que sus padres, ambos alcohólicos y golpeadores, se separaron cuando ella tenía tres años. La madre inicia una nueva relación con un hombre que posteriormente viola a Lilia a los cinco años, la madre se da cuenta pero golpea a Lilia argumentando que es ella la que tiene la culpa, se separa unos días del padrastro pero este regresa y sigue violando a Lilia hasta que ella es más grande.

Por esta razón, ella se sale de su casa y empieza a drogarse y a vivir en la calle. Inicia su vida sexual sin ninguna protección, así transcurre su vida y ella hace esfuerzos para no dejar la escuela. La aceptan en la casa de una amiga pero ella sigue drogándose y con una vida sexual activa, así se entera de que una de sus parejas sexuales está infectada de VIH, por lo que se realiza la prueba y resulta positiva.

En lo referente al **alcoholismo y la drogadicción** (Tabla 12 ), no obstante que

sólo un pequeño porcentaje de la muestra asistió para buscar ayuda psicológica por este problema, se sabe que el problema es de grandes dimensiones.

Berruecos en 1988, mencionó al respecto que 700 mil menores de edad tienen problemas por consumo excesivo de alcohol y que el 30 % de las personas toma por primera vez una copa entre los 12 y 15 años. La edad promedio en que se usa marihuana por vez primera es a los 14 años.

De acuerdo a la literatura revisada, se considera a las adicciones como un trastorno de la conducta donde el individuo con una personalidad inmadura, no supera las condiciones inadecuadas del medio familiar y social. Presenta un Yo débil que no tolera la angustia, los sentimientos de culpa, los miedos, las frustraciones y todas las vicisitudes de la vida diaria. Utilizando el alcohol o las drogas como un mecanismo de evasión, pretendiendo manejar así su realidad (Janin, 2002).

Cuando el adolescente recurre al consumo de alcohol y drogas lo hace con un intento de escapar del sufrimiento intolerable que le produce la pérdida de soportes infantiles que no fueron firmemente internalizados, le significa separarse de todo aquello que vive como esa presencia materna-paterna dentro de él, como cuando era niño (Janin, 2002).

Los adolescentes son aún más vulnerables a desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas, cuando en la historia familiar hay abuso de sustancias, estados de depresión, baja autoestima y un sentimiento de incompreensión o de no pertenencia al núcleo familiar.

Actualmente los adolescentes abusan de una variedad de drogas, tanto legales como ilegales. Las drogas legales disponibles incluyen las bebidas alcohólicas, las medicinas por receta médica, los inhalantes y medicinas de venta libre para la tos,



la gripe, el insomnio y para adelgazar. Las drogas ilegales de mayor uso común son la marihuana, los estimulantes (cocaína, *crack* y *speed*), LSD, los derivados del opio, la heroína y las drogas diseñadas (éxtasis). El uso de las drogas ilegales está en aumento, especialmente entre los jóvenes o adolescentes.

Algunas de las principales señales para identificar el uso del alcohol y del abuso de drogas en los adolescentes pueden incluir las siguientes áreas:

- Ψ Físicas: fatiga, quejas continuas acerca de su salud, ojos enrojecidos y sin brillo y una tos persistente.
- Ψ Emocional: cambios en la personalidad, cambios rápidos de humor, irritabilidad, comportamiento irresponsable, baja autoestima, carencia de juicio, depresión y un gran desinterés.
- Ψ Familia: desobedecer las reglas, retraerse o dejar de comunicarse con la familia.
- Ψ Escuela: interés decreciente, actitud negativa, calificaciones bajas, ausencias frecuentes y problemas de disciplina.
- Ψ Social: amigos nuevos a quienes no les interesan las actividades normales de la casa y de la escuela, problemas con la ley y el cambio hacia estilos poco convencionales en el vestir y en la música.

Uno de los casos de alcoholismo y drogadicción presentado en el desarrollo de este trabajo es el de Teresa, una joven de 18 años que cursa 5º. grado de preparatoria, se presenta solicitando ayuda porque quiere dejar de drogarse y de beber alcohol.

Ella consume alcohol desde los 14 años y se droga desde los 16, Teresa proviene de una familia desintegrada ya que los padres se divorciaron hace mucho tiempo porque el padre se emborrachaba y golpeaba a la madre, ésta a la vez golpeaba con frecuencia a sus cuatro hijos, de los cuales dos viven con la mamá, Teresa y otro hermano viven con la abuela materna.

Teresa al estar sin atención ni cariño suficiente, estando en la secundaria empieza a relacionarse con amigas que consumen alcohol y ella empieza a hacerlo, posteriormente consume drogas de todo tipo, ya estando en la preparatoria, presentando cuadros depresivos severos, bajo rendimiento escolar e irritabilidad. Va muy mal en la escuela tiene reprobadas todas las materias porque nunca entra a clases.

Estas adicciones también la han llevado a tener relaciones sexuales sin plena conciencia de ello ya que generalmente suceden cuando esta drogada o alcoholizada, tiene un novio que también se droga y con el que lleva una relación de falta de respeto donde hay golpes y ninguna consideración.

Concluyendo: Evidentemente es muy difícil definir a las personas por *un problema*, debido a que como se develó, son un conjunto de ellos los que permean la crisis del adolescente, donde por supuesto existen factores determinantes como el papel tan importante que juega la familia.

Punto neurálgico y denominador común, ya que en la mayoría de los casos registrados en esta tesis, las familias a las que estos adolescentes pertenecen, distan mucho de constituir el *nido afectivo* que se desea como ideal de la familia nuclear moderna, que construida sobre la base del amor de la pareja protegería su privacidad contra toda intrusión de la sociedad. Por el contrario, al sufrir ellas mismas el bombardeo de la violencia del macrocontexto (aumento del desempleo y del subempleo, incremento de la corrupción y la impunidad, creciente inseguridad etc.) que no siempre están en condiciones de procesar, se ven forzadas a reacomodamientos, muchas veces fallidos, que dan lugar a secuelas críticas, en términos de separaciones, abandonos e incremento de la violencia intrafamiliar.

Algunas de estas familias están organizadas de acuerdo con el modelo tradicional: madre, padre e hijos. Las más, desestructuradas a causa de situaciones de violencia reiterada del hombre contra la mujer e incluso contra los hijos. En ellas,

generalmente, aunque no siempre, es la madre la que ha tomado el papel de cabeza de familia o, en algunos casos, son los abuelos los que se han hecho cargo de los adolescentes. Un número importante pertenece a la categoría de familias reconstituidas, donde conviven otros hijos de anteriores uniones de los padres, generalmente de la madre, junto con los hijos de la nueva pareja.

Si bien en muchos de estos dos últimos tipos de familia, el contacto con el padre biológico es efímero o se ha perdido por completo, también en las familias organizadas de acuerdo al ideal de la familia nuclear moderna, el papel del padre, aún estando presente físicamente, se aleja bastante de lo que podríamos considerar adecuado o necesario para el buen desarrollo psicológico del joven.

Por otro lado la prevalencia de una sociedad adulta que se tambalea, con una crisis permanente de valores y que, en general, se caracteriza por su miedo e inseguridad, no ofrece al joven el marco psicológico idóneo para su desarrollo, sino por el contrario, hace desolador y desesperanzado su panorama futuro, hecho que les genera grandes montos de depresión, que como se pudo observar es otro denominador común de la muestra estudiada.

## VI CONCLUSIONES

A continuación se harán señalamientos puntuales respecto a las circunstancias que propician, mantienen y dan contexto a las diversas problemáticas de los jóvenes.

El concepto de joven o adolescente marca el período de transición entre la niñez y la edad adulta . En la actualidad en el Distrito Federal los jóvenes (comprendidos entre los 15 y los 29 años de edad) son sinónimo de exclusión (14 millones, sin escuela y de los que logran empleo, el 74 % tienen puestos de bajo perfil) y poseedores de un futuro un tanto desolador (Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 2003) Por otro lado son muchos y muy severos los riesgos que hoy tienen que enfrentar, por ejemplo el menor error o impulsividad (propia de ellos) al expresar su sexualidad puede poner en riesgo su vida. De aquí que como Asberastury señala, la complejidad del proceso adolescente tiene mucho que ver con la participación de una sociedad difícil, incomprensiva y hostil.

Hay que señalar que no todos los problemas por los que pasan los jóvenes surgen espontáneamente en el momento que tocan la adolescencia, por ejemplo algo tan simple pero tan complejo como es la comunicación entre padres y adolescentes, llega a ser difícil cuando no se ha hecho efectiva desde los primeros años de vida; cuando los adultos no han sido capaces de labrar el camino de la confianza y cuando son incapaces de entender las preocupaciones de sus niños. Dentro de este proceso existen otras variaciones tales como que a algunos padres les resulta difícil escuchar y mantener un diálogo, les puede costar trabajo acercarse, otros escuchan a sus hijos pero fracasan en comprenderlos y desafortunadamente hay un número de padres más a los que no les importa lo que pasa, ya que su responsabilidad descansa en la frase de que es "propio de la edad" y que con el tiempo se arreglará.

Es evidente que los adolescentes luchan por ser los futuros adultos libres y autosuficientes. Sin embargo, durante esa lucha dependen casi por completo de sus

---

padres, sobretodo emocionalmente. Por eso es necesario favorecer un clima de diálogo entre padres e hijos, en el cual unos y otros deben saber escuchar y aprender uno del otro.

En las últimas décadas se han producido, con el cambio de las condiciones sociales, modificaciones en la dinámica familiar que han alterado su equilibrio y han hecho entrar en crisis el tipo de familia tradicional. A ello ha contribuido, junto con el factor urbano y de vivienda, la ausencia de los padres por motivos laborales, por lo que el hogar se ha convertido, en muchas ocasiones, en el espacio donde simplemente se come y se duerme.

Por otra parte, se han puesto en tela de juicio los roles clásicos de los padres; la autoridad del padre y el simple papel de apoyo de la madre hoy no se consideran suficientes. Los cambios en la filosofía de valores y de vida hacen surgir un cúmulo de nuevos conflictos en el panorama familiar que hacen vivir a los hijos en un estado de abandono o soledad permanente.

Lo vemos de manera particular con estos jóvenes, hijos de padres que tienen una edad en promedio entre los 40 y 50 años, a los que les tocó vivir cambios sociales sustantivos tanto en la sexualidad, como en el ámbito educativo y laboral donde hombres y mujeres deben y pueden tener las mismas oportunidades y donde el matrimonio no es para toda la vida, estos sólo por mencionar algunos.

Es decir estos jóvenes con estos problemas son hijos de personas igualmente conflictuadas, por el cambio que les tocó vivir y que hasta el momento no han sido capaces de superar esas problemáticas, por el contrario ahora esto se recrea en las nuevas generaciones, de tal forma que ahora los hijos les sirven, por un lado, para aliviar la frustración generada en sus matrimonios, y, por otro, se convierten en los receptores de los conflictos que los padres reproducen en ellos.

En la falta de comunicación entre adolescentes y adultos se da por hecho que cada uno está cumpliendo bien con las responsabilidades que socialmente se les ha encomendado. Sin embargo, para el adolescente es claro que el adulto no cumple con todo aquello que ahora le exige. Los padres, como ya se vio, suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzan la autoridad pretendiendo justamente no perderla; por lo regular no reparan en las problemáticas de sus hijos, producto de la desidealización de las figuras parentales, que los hace sentirse en el más profundo desamparo.

Es importante considerar, que es la familia la primera estructura social en la que el individuo interactúa y que en función de lo que en ella prevalezca, se consolida la personalidad de sus integrantes. En especial son dos sus funciones básicas: por un lado la parte socializadora estructurante del individuo y por el otro es el núcleo básico de la sociedad cuyo objeto fundamental es la transmisión de las pautas de civilización de una generación a otra.

En el grupo familiar se manifiesta la persona humana con sus características psicológicas y físicas, ahí se genera la expresión de la interrelación social espontánea. Dicho grupo puede a veces inhibir el desarrollo social y humano de sus integrantes de manera determinante, como se pudo observar en todas y cada una de las problemáticas aquí estudiadas, en las que la ausencia afectiva de los padres e incluso, los obstáculos, la inseguridad y los riesgos que se viven al interior de la familia, han definido complejas problemáticas donde el menos culpable es el propio adolescente. En absolutamente todas las problemáticas la familia fue señalada como parte esencial de los conflictos.

En síntesis, el funcionamiento óptimo de una familia debe estar definido por límites claros y precisos que permitan a sus miembros, el desarrollo de su funciones sin interferir con ellos y a la vez permitir una interacción repetida, sana y respetuosa entre sus miembros. Al adolescente no se le puede exigir más de lo que está en sus manos dar. Por ejemplo sabemos que hay una gran cantidad de jóvenes que quedan sin

escuela y no es necesariamente que sean irresponsables, pueden incluso ser alumnos exitosos en las escuelas de las que egresan, sin embargo, es la escuela la que no está a la altura de las exigencias. Por tal razón los padres deben tener mucho cuidado en el manejo que se haga de algún hecho donde se vea involucrado al adolescente, porque muchas veces ellos no son los responsables, aunque si es fácil tomarlos como la causa principal del conflicto.

Estamos de acuerdo con Ackerman cuando señala que la familia debe responder a los cambios internos y externos, lo que les va a dar la capacidad de transformarse, de modo tal que puedan encarar nuevas circunstancias, sin perder la continuidad de un marco de referencia a sus integrantes.

El sistema familiar para ser efectivo, debe ser capaz de dar cabida a todos los impulsos de sus integrantes y permitir la expresión y satisfacción de todas sus necesidades, además de generar las condiciones para permitir a sus miembros el desarrollo y la manifestación de todas sus emociones, evitando conflictos que generen un estado de tensión en el que el malestar, la contrariedad o la ira pueden ser fácilmente el detonador de la violencia familiar.

Por otra parte, después de lo que ha representado este trabajo no es posible seguir creyendo que los jóvenes son una población homogénea, por el contrario cada uno de ellos tiene necesidades y perspectivas diferentes. Lo único que los une es la actitud que tienen los adultos hacia ellos, donde predomina la recriminación y la discriminación.

Parte de esta heterogeneidad pudo observarse en este trabajo por ejemplo en cuanto al género. Al menos se vio que las adolescentes son más proclives para expresar su problemática y pedir ayuda, de ninguna manera es posible pensar, que son ellas las que más problemas tienen. Este indicador nos permite considerar entonces que la problemática en los adolescentes varones y en las mujeres requiere de aproximaciones teóricas distintas, como distintos también deben ser los modelos de intervención y prevención. Es importante por lo tanto, que cualquier modelo de intervención provea la

posibilidad de ir al encuentro de aquellos jóvenes a los que se les dificulta hablar y buscar solución a sus problemas.

Resulta imprescindible entonces, proporcionar atención diferenciada y especializada a los y las adolescentes, a causa no sólo de factores biológicos sino también psicosociales, tales como carencias afectivas, disfuncionalidad familiar, deficiencia en cuanto a educación sexual y ausencia de oportunidades reales para elaborar un proyecto de vida, por mencionar algunos.

No es posible ofrecer una verdadera atención integral a los jóvenes, si no se conocen sus características y necesidades y si no se identifican los diversos grupos que constituyen esta población. Una integración transformadora que implique promover en el individuo la capacidad de convivir socialmente rescatando sus necesidades personales y sociales y muchas veces transformado elementos de su entorno, para poder ser él mismo y establecer una verdadera convivencia, para que sean líderes, verdaderos protagonistas y por ende multiplicadores de salud.

Ahora bien, las expectativas y frustraciones de los padres depositadas en los hijos son evaluadas y concretizadas cuando los niños o jóvenes ingresan a la escuela y aquí no hay que olvidar que las problemáticas analizadas, se expusieron en el marco de la escuela, que es otra de las instituciones encargadas no sólo de fomentar valores, creencias y pautas de comportamiento, sino también de reforzar con la respectiva carga social, lo que se aprendió previamente en la familia.

Es decir, el proceso de internalización de normas y valores sociales no es unidireccional ni lineal, más bien se da como parte de una relación activa entre la persona y el medio social en el que se desarrolla, donde al participar se actúa al mismo tiempo como agente y objeto socializador.

En el presente trabajo se pudo observar como la escuela, extensión de la familia, es vista como una alternativa de solución o canalización de problemas. Evidentemente en



estos casos la escuela no fue necesariamente el espacio para hablar de problemas escolares, sino fue el espacio para depositar una cantidad de problemáticas viejas o recientes que la familia ha sido incapaz de abordar.

De alguna manera estos adolescentes percibieron a la escuela como una instancia legitimada socialmente, en la cual depositar problemas dolorosos, muchos de ellos resultado de transgresiones sociales, esperando sin embargo alternativas de solución dentro de un marco aceptable socialmente.

Ahora bien la forma de depositar cada una de estas problemáticas fue gradual. Lo que inicialmente se manifestó, no era otra cosa más que la punta del iceberg, es decir, su primera queja implicó la parte menos dolorosa y por lo mismo de bajo impacto para quien lo pudiera escuchar (motivo manifiesto). Lo que a continuación se presentaba daba cuenta de problemáticas mucho más complejas y con elementos socialmente no aceptados.

En este sentido cabe mencionar, que si bien el desarrollo de esta tesis tuvo su mayor fortaleza en la posibilidad de aglutinar y categorizar los motivos de consulta presentados por los adolescentes, este aspecto también fue la mayor debilidad, ya que este primer momento no fue necesariamente elocuente del sentido y significado de la verdadera problemática en cuestión.

Es muy preocupante que si bien, los jóvenes ven en la escuela la posibilidad de desarrollo y de oportunidades en todos sentidos, existan aun muchos profesores *exigentes* que sólo pueden ver en la falta de entusiasmo para estudiar la flojera, apatía e irresponsabilidad. Por ejemplo, ¿cuántos de los jóvenes que depositaron su problemática estaban en condiciones de estudiar y de adquirir un aprendizaje formal? Sin embargo, asisten a la escuela con la esperanza de encontrar solución a sus problemas. De aquí que es importante señalar, que muchos de estos profesores que en ocasiones llevan mucho tiempo impartiendo clases a adolescentes y con gran dominio de los contenidos curriculares, jamás causan impacto entre ellos, no saben nada de los

---

adolescentes. Esto es, el dominio de un conocimiento o la antigüedad de un docente, de ninguna manera es garantía de un conocimiento de la población en la cual va a transmitir la información.

Por lo tanto es de gran importancia formar, capacitar y actualizar a los profesores en el conocimiento integral de la población en la cual va a impartir su conocimiento, en este caso se propone que de manera obligada se impartan cursos para los profesores sobre la psicología del adolescente desde un enfoque psicosocial, para ir erradicando la insensibilidad, incompreensión, intolerancia y marginación hacia los jóvenes, los cuales conforman un sector vulnerable.

Los problemas revisados en el presente estudio, suponemos, sólo representan una pequeña parte de las verdaderas dimensiones de problemáticas que viven los jóvenes. En la mayoría de los casos estas problemáticas pasan desapercibidas para los sistemas de protección y para el entorno social y familiar; la gran mayoría son invisibles y en los casos en que se llegan a ver, pueden despertar reacciones de gran intolerancia y rechazo tanto familiar como social; razón por la cual muchos de los adolescentes prefieren sufrir en silencio y cargar a solas sus problemáticas.

Con base en ello los psicólogos deben generar modelos de intervención, donde no tengan que esperar a que el joven llegue, sino ir a su encuentro y sensibilizar la posibilidad de que cada problema tiene niveles y probabilidades de solución. Esto hablando de que si bien hay que ser promotores de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, también hay que serlo respecto a la prevención donde se involucren profesores, alumnos y padres de familia.

Como parte de los modelos de intervención es necesario generar espacios de discusión y reflexión sobre las grandes problemáticas que sufre el adolescente, donde se visualicen causas, actores, consecuencias y soluciones.

---

Es importante señalar que en los programas del sector salud, ya se considera que las problemáticas de los jóvenes están estrechamente ligadas a los cambios que se están produciendo, cada vez más rápidamente en el campo social, cultural y económico, de manera particular hay referencia al caso de las adolescentes. Es decir, el sector salud cada vez toma más clara conciencia de algunas problemáticas que empiezan a destacar hasta el punto de adquirir características de problemas de salud pública, como es la farmacodependencia, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, los accidentes, el suicidio y el fenómeno de las pandillas con sus respectivas secuelas de violencia, pobreza, marginalidad, temprano emparejamiento y difícil acceso a la educación, entre otras.

Hasta ahora, desafortunadamente no se han creado los espacios necesarios, ni en el sector salud, ni en el cultural ni en el laboral, que les permita a los jóvenes, hombres y mujeres, desafiar las ambigüedades y contradicciones de esta sociedad en transición, convertirse en adultos sanos desde un punto de vista integral y asegurar con ello su futuro.

De manera particular el psicólogo, debe estar claro del papel que le toca jugar en la institución que labora sea del tipo que sea, tener una clara concepción de lo que implica la población con la que va a trabajar antes de verter la mínima opinión, para no seguir reproduciendo la idea popular de que *son los adolescentes los que están mal*.

Desafortunadamente la psicología al servicio de los adolescentes, se encuentra limitada por varios factores: por ejemplo en las escuelas de nivel medio y medio superior, no se cuenta con el número suficiente de profesionales ni con la formación para poder proporcionar una atención personalizada a la gran demanda que existe, es más, en algunas escuelas ni siquiera hay un profesional que pueda escuchar a los jóvenes que presentan alguna problemática, así mismo, es imprescindible que las instituciones cuenten con directorios que contengan la información de las dependencias existentes, que ofrezcan la atención interdisciplinaria especializada a la gran cantidad de demandas de este sector tan vulnerable, ya que en el desarrollo de programa del cual

se obtuvo el presente estudio, se dio el caso de adolescentes que solicitan servicio psicológico, los cuales presentaron casos severos que requerían ser canalizados a otras instancias para ser atendidos eficazmente, sin embargo no se contó con un directorio de instituciones a donde remitirlos.

En el mejor de los casos, en algunos planteles han abierto programas de atención en donde se envía a personas para que realicen su servicio social, como es el caso del presente estudio, con la consigna de brindar apoyo psicológico a los jóvenes, cuando por la complejidad de las problemáticas se requiere de la intervención de profesionales con experiencia y conocimientos profundos, capaces de realizar un trabajo sistemático y que implique fases de seguimiento y metas a largo plazo, con el propósito de contar con parámetros de evaluación que den cuenta de la eficacia o ineficacia de los tratamientos psicológicos aplicados o utilizados.

Las demandas de los jóvenes ante la necesidad de establecer equilibrio emocional, deben ser cubiertas por profesionales capacitados exhaustivamente ex profeso para atender a este sector con características tan peculiares, personal que cubra invariablemente el perfil que lo califique apto en su intervención y asistencia de adolescentes.

En todo caso los pasantes que estén listos para realizar el servicio social pueden tener una participación en programas de este tipo, pero siempre con la supervisión cercana de profesionistas experimentados.

Así mismo es importante que se oficialice la puesta en marcha de programas que aborden el funcionamiento integral del adolescente, el cual implique un trabajo interdisciplinario, donde se incorpore la comunidad escolar (funcionarios, maestros, padres y alumnos), profesionistas de la salud y de disciplinas sociales, con la finalidad de comprender, explicar y brindar alternativas a los jóvenes en sus diferentes áreas de funcionamiento.

## VII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La información obtenida para la realización de la presente tesis, fue resultado de mi Servicio Social realizado en el programa denominado *Atención Integral al Estudiante Universitario*, en la de la Escuela Nacional Preparatoria No. 7 "Ezequiel A. Chávez" de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con este programa tuvimos la oportunidad de conocer y abordar tanto las problemáticas manifestadas por algunos jóvenes como las dificultades inherentes al propio proyecto, que entre otras fue el escepticismo y la desinformación entre la población. Es decir, si bien se realizó una campaña de promoción entre los estudiantes para dar a conocer el servicio que el plantel ofrecía, la divulgación fue muy ambigua ya que por un lado los jóvenes temían asistir a solicitar ayuda psicológica, por no querer ser objeto de burlas por parte de sus compañeros y por otro los profesores más que impulsar o promover el servicio entre los jóvenes negaban la posibilidad de justificar sus faltas por haber asistido a alguna sesión.

En este programa no estaba contemplada la capacitación o actualización para los profesionistas que nos íbamos incorporando a éste, no se consideró la revisión y supervisión de casos ni se establecieron lineamientos para la aplicación del programa en mención. Tampoco se contaba con una directorio de instituciones a donde se pudieran canalizar a los estudiantes. Cabe mencionar que el multicitado programa fue aplicado de manera experimental, por lo que se considera que los resultados, conclusiones, limitaciones y sugerencias de esta tesis pueden ser un aporte importante para posteriores estudios.

Indiscutiblemente programas como el que aquí se menciona son indispensables en las instituciones educativas, lo que hace falta es que afinen y especialicen sus estrategias de prevención, para que los usuarios potenciales y el personal académico crean en ellos. También sería muy importante que tuvieran como parte de sus actividades el seguimiento de los jóvenes que acuden al servicio.

No obstante que se capturó una muestra pequeña, los casos manifestados revelaron problemáticas verdaderamente complejas, lo que justifica la existencia de espacios de reflexión, clasificación y sobretodo programas de prevención para los jóvenes. Espacios que no solo formen parte de una institución educativa, sino espacios independientes donde tengan la posibilidad de asistir cualquiera que lo requiera.

Quizá lo más relevante en cuanto a las limitaciones es reconocer la gran responsabilidad que el psicólogo tiene frente a la problemática de los demás, donde no es suficiente que alguien hable y otro escuche, se requiere mucho algo más que eso, se requiere de una formación que no se cubre solo con la licenciatura, el psicólogo requiere estudios de posgrado, en otras palabras su formación debe ser permanente e interminable. Por lo anterior considero de suma importancia que estos servicios deban ser conducidos por profesionistas especializados, a los que puedan vincularse alumnos que brinden su servicio social para que puedan aprender de los expertos, pero de ninguna manera un alumno de Servicio Social debe, de manera autónoma, tomar decisiones respecto a la problemática de cualquiera que lo haya solicitado. Aún más, bajo la supervisión de un experto, el psicólogo en formación debe recibir capacitación para enfrentarse a las actividades que le hayan sido encomendadas.

Para concluir; consideró que fue por demás ambicioso el hecho de haber querido abordar *las problemáticas de los adolescentes* a través de una pequeña muestra, que aunque brindó la oportunidad de un gran conocimiento, éste seguramente resulta insuficiente para poder generalizar las problemáticas por las que atraviesan los jóvenes, sobretodo, por los acelerados cambios económicos y sociales.

## VIII RESPUESTAS CATEGORIZADAS

| ÁREA   | VECTORES          | INDICADORES                        |
|--|-------------------|------------------------------------|
| 1.<br><br>F<br>A<br>M<br>I<br>L<br>I<br>A<br>R | 1.1. FAMILIA      | 1.1.1. Violenta                    |
|  |                   | 1.1.2. Problemas (sin especificar) |
|  |                   | 1.1.3. Problemas económicos        |
|  | 1.2. AMBOS PADRES | 1.2.1. Problemas de comunicación   |
|  |                   | 1.2.2. Discusiones con ellos       |
|  |                   | 1.2.3. Discusiones entre ellos     |
|  |                   | 1.2.4. Escasa relación             |
|  | 1.3. MADRE        | 1.3.1. Rechazante                  |
|  |                   | 1.3.2. Violenta                    |
|  |                   | 1.3.3. Pasiva                      |
|  |                   | 1.3.4. Posesiva                    |
|  |                   | 1.3.5. Exigente, genera presión    |
|  |                   | 1.3.6. Siente odio hacia ella      |
|  | 1.4. PADRE        | 1.4.1. Alcohólico                  |
|  |                   | 1.4.2. Violento                    |
|  |                   | 1.4.3. Manipulador                 |
|  |                   | 1.4.4. Impositivo y controlador    |
|  |                   | 1.4.5. Ausente                     |
|  | 1.5 HERMANOS      | 1.5.1. Conflictos                  |

## RESPUESTAS CATEGORIZADAS

| ÁREA  | VECTORES                        | INDICADORES  |
|---|---------------------------------|--|
| 2.<br>S<br>O<br>C<br>I<br>A<br>L<br>I<br>Z<br>A<br>C<br>I<br>Ó<br>N | 2.2. Relaciones amorosas        | 2.2.1. Conflictos  |
|   | 2.1. Relaciones interpersonales | 2.1.1. Dificultad para relacionarse                      |
|   | 2.2. Relaciones amorosas        | 2.2.1. Conflictos  |
|   |                                 | 2.2.2. Rupturas  |
|   |                                 | 2.2.3. Duda al tener relaciones sexuales por primera vez |
| 2.3. Figuras de Autoridad   | 2.3.1. Conflicto                |  |



## RESPUESTAS CATEGORIZADAS

| ÁREA   | VECTORES                                   | INDICADORES |
|--|--|-------------|
| 3.<br>ESCOLAR  | 3.1. Miedo a fracasar                      |             |
|  | 3.2. Apatía                                |             |
|  | 3.3. No asiste a clases                    |             |
|  | 3.4. Orientación vocacional                |             |
|  | 3.5. Bajo rendimiento escolar              |             |
| ÁREA   | VECTORES                                   | INDICADORES |
| 4.<br>ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA                 | 4.1. Consumo de alcohol                    |             |
|  | 4.2. Consumo de drogas                     |             |
| ÁREA   | VECTORES                                   | INDICADORES |
| 5.<br>ACTITUDES<br>Y<br>PATRÓN<br>DE<br>COMPORTAMIENTO | 5.1. Insomnio                              |             |
|  | 5.2. Irritabilidad                         |             |
|  | 5.3. Cambios de estado de ánimo            |             |
|  | 5.4. Temor a la soledad                    |             |
|  | 5.5. Temor al rechazo                      |             |
|  | 5.6. Miente constantemente                 |             |
|  | 5.7. Inseguridad                           |             |
|  | 5.8. Celos                                 |             |
|  | 5.9. Agresividad                           |             |
|  | 5.10. Pensamiento obsesivo sobre la muerte |             |
|  | 5.11. Perfeccionismo                       |             |
|  | 5.12. Baja autoestima                      |             |

## RESPUESTAS CATEGORIZADAS

| ÁREA   | VECTORES   | INDICADORES |
|--|--|-------------|
| <p style="text-align: center;">6.</p> <p style="text-align: center;">P<br/>R<br/>O<br/>B<br/>L<br/>E<br/>M<br/>Á<br/>T<br/>I<br/>C<br/>A<br/>S</p> <p style="text-align: center;">DIVERSAS</p> | 6.1. Violación                                   |             |
|  | 6.2. Homosexualidad                              |             |
|  | 6.3. Intentos suicidas                           |             |
|  | 6.4. Epilepsia vinculada a problemas emocionales |             |
|  | 6.5. Problemas alimenticios (bajo peso)          |             |
|  | 6.6. Temor a haber contraído el SIDA             |             |
|  | 6.7. Recibió resultados positivos del SIDA       |             |

**IX ANEXOS**  
**TABLA DE PORCENTAJES**

| CATEGORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA        | DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN  | % DEL TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    | % DEL TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    |
|--|---|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|
|  |   |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| <b>PROBLEMAS EN LA FAMILIA</b>           | Situación dentro del núcleo familiar ya sea con los otros miembros de la familia o en el ambiente mismo, que el joven percibe como generador de un conflicto. | 100 %                                | 6                  | 12 | 15 | 10 | 3  | 1  | 83.33%                               | 0                  | 1  | 7  | 1  | 0  | 1  |
| ENTORNO FAMILIAR VIOLENTO                | Clima familiar percibido con algún grado de agresividad.  | 4.26%                                | 1                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMAS FAMILIARES SIN ESPECIFICAR     | Situación incomoda dentro del núcleo familiar, pero sin   | 2.13%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMAS ECONOMICOS EN LA FAMILIA       | Insuficiencia de recursos económicos en la familia, que propician inconformidad y conflictos.   | 4.26%                                | 0                  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| <b>PROBLEMAS CON AMBOS PADRES</b>        | Actitud que de alguna manera genera mala relación con los padres  | 17.03%                               | 1                  | 2  | 4  | 1  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON LOS PADRES | Imposibilidad entre padres e hijos para interactuar entre ellos y establecer comunicación.  | 10.64%                               | 1                  | 1  | 2  | 0  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| DISCUSIÓN CON ELLOS                      | Constantes desacuerdos entre padres e hijos que generan discusiones frecuentemente.   | 2.13%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| DISCUSIÓN ENTRE ELLOS                    | Mala relación de pareja entre los padres, que los lleva a discutir constantemente.  | 4.26%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| ESCASA RELACION CON ELLOS                | Mínimo contacto físico y emocional de los hijos con los padres  | 10.64%                               | 1                  | 0  | 3  | 1  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| <b>PROBLEMAS CON LA MADRE</b>            |   | 19.14%                               | 3                  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 33.33                                | 0                  | 0  | 4  | 0  | 0  | 0  |
| MADRE RECHAZANTE                         | Madre sin intención alguna de brindar atención y afecto a los hijos.  | 6.38%                                | 1                  | 0  | 1  |    | 1  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  |

**ANEXOS**  
**TABLA DE PORCENTAJES**

| CATEGORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA | DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN   | % DEL TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |          |          |          |          |          | % DEL TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |          |          |          |          |          |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                                   |  |                                      | 15                 | 16       | 17       | 18       | 19       | 20       |                                      | 15                 | 16       | 17       | 18       | 19       | 20       |
| MADRE VIOLENTA                    | Madre con constantes actitudes de agresividad.   | 4.25%                                | 1                  | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| MADRE PASIVA                      | Madre que no toma decisiones y sólo se limita a acatar ordenes.  | 4.25%                                | 1                  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| MADRE POSESIVA                    | Madre que pretende determinar arbitrariamente lo que los hijos deben hacer.  | 0%                                   | 0                  | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 1        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| MADRE EXIGENTE QUE GENERA PRESION | Madre que demanda alto rendimiento escolar así como comportamientos que ella desea de manera arbitraria.                                     | 2.12%                                | 1                  | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0%                                   | 0                  | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| SIENTE ODIIO HACIA ELLA           | Madre por la que se siente desprecio e intolerancia  | 2.12%                                | 0                  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 0%                                   | 0                  | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>PROBLEMAS CON EL PADRE</b>     |  | <b>51.06%</b>                        | <b>3</b>           | <b>4</b> | <b>6</b> | <b>4</b> | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>50%</b>                           | <b>0</b>           | <b>0</b> | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>1</b> |
| PADRE ALCOHOLICO                  | Padre que constantemente ingiere bebidas alcohólicas, hecho que propicia conflictos con frecuencia   | 6.38%                                | 1                  | 0        | 1        | 1        | 0        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 0        | 0        | 1        | 0        | 0        |
| VIOLENTO                          | Padre que ejerce actitudes agresivas con frecuencia  | 4.25%                                | 1                  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        |
| IMPOSITIVO Y CONTROLADOR          | Padre que mediante ciertas actitudes pretende lograr objetivos personales y que determina arbitrariamente lo que los hijos tienen que hacer. | 4.25%                                | 0                  | 0        | 1        | 0        | 1        | 0        | 8.33%                                | 0                  | 0        | 1        | 0        | 0        | 0        |
| AUSENTE                           | Padre que física y emocionalmente no participa en la vida de los hijos.  | 36.17%                               | 1                  | 4        | 3        | 3        | 3        | 3        | 25%                                  | 0                  | 0        | 1        | 1        | 0        | 1        |

**ANEXOS**  
**TABLA DE PORCENTAJES**

| CATEGORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA      | DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN   | % DEL TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    | % DEL TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    |
|--|--|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|
|  |  |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| CONFLICTO CON HERMANOS                 | Relación con los hermanos que propicia conflictos y mal ambiente familiar.         | 2.12%                                | 1                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| ACTITUDES Y PATRÓN DE COMPORTAMIENTO   |  | 29.78%                               | 2                  | 4  | 4  | 1  | 2  | 1  | 41.66%                               | 0                  | 0  | 3  | 2  | 0  | 0  |
| INSOMNIO                               | Dificultad para conciliar el sueño sin identificar la causa de este hecho.         | 2.12%                                | 0                  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| IRRITABILIDAD                          | Molestia e incomodidad frecuente sin tener claridad de la causa que la origina.    | 4.25%                                | 0                  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO             | Fluctuaciones entre buen y mal humor.  | 2.12%                                | 0                  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| TEMOR A LA SOLEDAD                     | Miedo persistente a que en un momento determinado no tenga a nadie a su lado.      | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  |
| TEMOR AL RECHAZO                       | Miedo ante la percepción de no ser aceptado por las personas de su entorno.        | 2.12%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| MIENTE CONSTANTEMENTE                  | Hábito de mentir ante diversas situaciones con la finalidad de llamar la atención. | 2.12%                                | 1                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| INSEGURIDAD                            | Sentimiento de vulnerabilidad en todos los ámbitos en que se desenvuelve.          | 2.12%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| CELOS                                  | Sentimientos de posesividad por familiares y amigos que conforman su entorno.      | 2.12%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| AGRESIVIDAD                            | Constantes actitudes violentas contra los compañeros de escuela.                   | 2.12%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 16.15%                               | 0                  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0  |
| PENSAMIENTOS OBSESIVOS SOBRE LA MUERTE | Miedo enfermizo ante la idea de cómo va a morir, cuándo y cómo.                    | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| PERFECCIONISMO                         | Constante intento de realizar perfectamente cualquier actividad.                   | 2.12%                                | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |

**ANEXOS**  
**TABLA DE PORCENTAJES**

| CATEGORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA   | DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN  | % DEL TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    | % DEL TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|
|                                     |   |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| BAJA AUTOESTIMA                     | Sensación de minusvalía personal ante quienes conforman su entorno.   | 8.51%                                | 1                  | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| SOCIALIZACIÓN                       | Dificulta para relacionarse   | 14.89%                               | 2                  | 1  | 2  | 1  | 1  | 0  | 41.66%                               | 0                  | 0  | 2  | 0  | 0  | 1  |
| RELACIONES INTERPERSONALES          | Incapacidad para iniciar y mantener relaciones con las personas que conforman su entorno.                   | 8.51%                                | 1                  | 1  | 2  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| RELACIONES AMOROSAS                 | Conflictos constantes con la persona que se relacionan emocionalmente.                                      | 6.38%                                | 1                  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 1  |
| FIGURAS DE AUTORIDAD                | Problemas para acatar instrucciones de personas que representan autoridad.                                  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMÁTICA DE TIPO ESCOLAR        |   | 14.89%                               | 1                  | 1  | 0  | 3  | 1  | 1  | 16.66%                               | 0                  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  |
| MIEDO A FRACASOS ESCOLARES          | Temor de no cubrir satisfactoriamente las actividades escolares y defraudar las expectativas de los padres. | 2.12                                 | 1                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| APATÍA                              | Desánimo, desinterés e indiferencia por toda actividad escolar.   | 2.12%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| NO ASISTE A CLASES                  | Ausencia constante en las horas de clases.  | 4.25%                                | 0                  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| SOLICITUD DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL | Requiere información sobre profesiones y planteles.   | 2.12%                                | 0                  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR            | Calificaciones reprobatorias en varias materias.  | 4.25%                                | 0                  | 0  | 0  | 1  | 0  | 1  | 16.66%                               | 0                  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMÁTICAS DIVERSAS              |   | 10.63%                               | 1                  | 1  | 2  | 0  | 1  | 0  | 16.66%                               | 0                  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| VIOLACIÓN                           | Manifestación de haber sido obligada a tener relaciones sexuales.   | 2.12%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |

**ANEXOS**  
**TABLA DE PORCENTAJES**

| CATEGORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA           | DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORIZACIÓN  | % DEL TOTAL DE MUJERES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    | % DEL TOTAL DE HOMBRES EN LA MUESTRA | FRECUENCIA DE EDAD |    |    |    |    |    |
|---|---|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|--------------------------------------|--------------------|----|----|----|----|----|
|   |   |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |                                      | 15                 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| HOMOSEXUALIDAD                              | Manifestación de inquietud, depresión y angustia ante su orientación sexual.  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| INTENTOS SUICIDAS                           | Actos efectuados con la intención de quitarse la vida, ante la sensación de no ser querida.                           | 2.12%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| EPILEPSIA VINCULADA A PROBLEMAS EMOCIONALES | Crisis de epilepsia ocasionadas por conflictos familiares.  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 8.33%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| PROBLEMAS ALIMENTICIOS                      | Autoprepción de sobre peso e implantación de hábitos inadecuados con la finalidad de bajar de peso.                   | 2.12%                                | 1                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| TEMOR A HABER CONTRAÍDO EL SIDA             | Actividad sexual realizada con homosexual cuyo comportamiento sexual es promiscuo.                                    | 2.12%                                | 0                  | 0  | 1  | 0  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| RESULTADOS POSITIVOS EN EL EXÁMEN DE SIDA   | Ante una vida sexual con diferentes parejas sexuales, realizadas sin protección, recibe resultados positivos de SIDA. | 2.12%                                | 0                  | 0  | 0  | 0  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN                  |   | 14.89%                               | 0                  | 1  | 3  | 2  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| ALCOHOLISMO                                 | Consumo constante de bebidas alcohólicas que le acarrearán problemas en todos los ámbitos de su vida.                 | 8.51%                                | 0                  | 1  | 0  | 2  | 1  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| DROGADICCIÓN                                | Consumo constante de drogas que le acarrearán problemas en todos los ámbitos de su vida.                              | 6.38%                                | 0                  | 1  | 0  | 2  | 0  | 0  | 0%                                   | 0                  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |

**X BIBLIOGRAFÍA**

- Aberasturi, A (1978). *Adolescencia (2ª Ed)*. Buenos Aires: Kargieman
- Aberasturi, A. (1988). *La adolescencia normal (3ª Ed)*. México: Paidós
- Ackerman, N (1961). *Familia y conflicto mental*. Buenos Aires: Horne
- Aldana, Adkin (1999). *Depresión durante el embarazo adolescente*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Allen F., Ross, R (1999). *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson S.A
- Anastasy, A (1975). *Psicología Diferencial (4ª Ed)*. España: Aguilar
- Balbuena, I (12 septiembre de 2003). *Anorexia la enfermedad de la belleza* [ en línea ]  
 Disponible en: <http://www.sportcity.com> Consultado el 27 septiembre de 2003
- Banz, C. (septiembre 2002). *El Rol del Psicólogo Educacional en tiempos de Reforma: Desde el Clínico en la Escuela al Mediador de la institución* [ en línea ].  
 Disponible en: [http://www.ecampus.cl/articulos/psicologia/Cecilia\\_Banz/cbanz](http://www.ecampus.cl/articulos/psicologia/Cecilia_Banz/cbanz).  
 Consultado el 27 de septiembre de 2003
- Batiz, J (2003). *Los Adolescentes Homosexuales* [ en línea ]. Disponible en:  
<http://www.psicolink.com> Consultado el 17 de abril de 2003
- Berruecos, L (1988). *El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas*. México: Trillas
- Bleger, J (1973). *La Identidad Adolescente*. Buenos Aires: Paidós



- Blos, P (1975). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Blos, P (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia (2ª Ed)*. México: Joaquín Mortiz
- Branden, N (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós
- Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (2003). *El suicidio en México* [ en línea ].  
 Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/383-5s.html> Consultado el 28 de agosto de 2003
- Cavalla, A (septiembre 2003). *Todos los sexos homosexuales* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.ugr.es> Consultado el 29 de septiembre de 2003
- Campos, R (2000). Los Jóvenes y la Política. México: *Educación 2001*
- Caplan, G, Levovici, S (1969). *Psicología Social de la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós
- Castañeda, X (2002). *Uso del condón en jóvenes de áreas rurales: reto para la salud pública* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.insp.mx/salvia/979/sal9793.html> Consultado el 23 de marzo de 2003
- Chopp R (1996). El Conocimiento de Eva: La resistencia de la Teología Feminista a los marcos epistemológicos de corriente masculina. *Rev. Internacional de Teología Concilium, No. 293*
- Clemente, M. González, A (1996). *Suicidio una alternativa social*. Madrid: Biblioteca nueva
- Coleman, J. C (1980). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid: Morata

- Concha, L (2003). *Género en la teología* [ en línea ] Disponible en:  
<http://www.sjsocial.org/crt/genero.html> Consultado el 12 de marzo de 2003
- Delval, J (1994). *Desarrollo humano*. México: Siglo XXI
- Deutsch, H (1944). *La psicología de la mujer*. Buenos Aires: Losada
- Durkheim, E (1999). *Suicidio* (5ª Ed). México: Ediciones Coyoacán S.A de C.V
- Dolto, F (1990). *La causa de los adolescentes*. Barcelona: Seix barral, S.A
- Erikson, E (1963). *Infancia y Sociedad* (3ª Ed). Buenos Aires: Hormé
- Erikson, E (1972). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI
- Erikson, E (1973). *Identidad juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós
- Estrada, I. (1982). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada
- Flores, R. (1997). *Autoconcepto en adolescentes con padres divorciados*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Freud, A (1984). *El desarrollo del adolescente*. Buenos Aires: Hormé
- Freud, A (1981). *El yo y los mecanismos de defensa* (2ª Ed). Barcelona: Paidós
- Freud, A (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente* (2ª Ed). España: Paidós
- González, C. L (1996). *Adolescentes embarazadas y estilos de afrontamiento*. Tesis

---

de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM

González, C (1993). Estresores Cotidianos, Malestar Depresivo e Ideación Suicida en Adolescentes Mexicanos. En: *Acta Psiquiátrica Psicología Am Lat* (pp 156-163) (Ed. 40) (vol 2). México

González, M (1996). *Frecuencia de insomnio en adolescentes universitarios* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com> Consultado el 9 de noviembre de 2002

González, N (1986). *Teoría y técnica de la terapia Psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

Hait, E (5 de mayo de 2002). *Depresión en adolescentes* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.pololeos.com> Consultado el 25 de mayo de 2003

Hernández, S (1985). *Metodología de la Investigación*. México: Megraw-Hill

Hernández, T (1995). *Patrones sexuales y actitud hacia el SIDA*. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM

Herrera, B (30 de noviembre de 2000) *La generación del nuevo milenio*. LA JORNADA (pp. 56)

Hurtado, I (2002). *Autoestima: concepto, formación, desarrollo e Indicaciones acerca de su diagnóstico* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com> Consultado el 30 de agosto de 2003

INEGI (1993)

Jannin, B (11 de julio de 2002). *Adicciones en la adolescencia* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.aperturas.org/11jannin.html> Consultado el 1 de junio de 2003

- Juárez, J. G (2002). *Bases biológicas de las conductas sexuales en el cerebro y la conducta* [ en línea ]; Disponible en: <http://www.editorial.udg.mx> Consultado el 24 de noviembre de 2002
- Kimmel. M (8 de abril de 1999). *La masculinidad y la reticencia al cambio* [ en línea ] Disponible en: <http://www.euowrc.org> Consultado el 24 de mayo de 2003
- Klein, M (1957). *Envidia y gratitud Obras Completas (Vol. III)*. Buenos Aires: Paidós
- Kury, J (2003). *Narcisismo, homosexualidad y ética en la adolescencia* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.edu.com> Consultado el 21 de abril del 2002
- Lagunes, R.J (1995). *El suicidio en la adolescencia* Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Lebovici, S (1978). *La homosexualidad en el niño y en el adolescente*. Argentina: Nueva Visión
- Levinton, N (1999). *El superyo femenino* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.aperturas.org/1levinton.html> Consultado el 24 de mayo de 2002
- López, M. I (1988). *La encrucijada de la adolescencia*. México: Hispánicas
- Maldonado, L (2002). *Duelos y depresiones: indicaciones, clínica y abordaje en psicoterapia psicoanalítica* [ en línea ]. Disponible en: <http://psiconet.com/argentina/apsa2001/depresin.htm> Consultado el 10 de noviembre de 2002
- Marroquin (14 de febrero de 2000). *Usan parejas jóvenes violencia psicológica*. México. NACIONAL (pp. 36)

- Mead, M (2001). *Diferencias innatas y determinaciones culturales* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.omega.ilce.edu.mx> Consultado el 1 de mayo de 2002
- McGuigan, F (1990). *Psicología experimental* (4a. Ed). México: Trillas
- Mitchell, S. A (1988). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México: Siglo XXI
- Montiel, R (2002). La homosexualidad en la adolescencia [ en línea ]. Disponible en: <http://www.psicoplanet.com> Consultado el 21 de abril de 2002
- Motalvan, S (1998). *La conducta suicida*. Madrid: Aran ediciones
- Moreno, V (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología* (Vol27) (pp. 471-496)
- Morón, P (1992). *El suicidio*. México: Lito arte S.A
- Moya, M (2002). *Los roles sexuales* [ en línea ]. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G03\\_08Miguel\\_Moya\\_Morales.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G03_08Miguel_Moya_Morales.html) Consultado el 24 de mayo de 2003
- Muss (1986). *Teorías de la adolescencia*. México: Paidós
- Nemirovsky, C (marzo 2001). *Las perspectivas de Winnicott y de Kohut en el psicoanálisis* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.aperturas.org> Consultado el 24 de abril de 2002
- News letters Mapa del Publicidad. (26 de marzo de 2001) *Insomnio* [ en línea ].

Disponible en: <http://www.psydoc.com> Consultado el 24 de mayo de 2002

Noyes, P. y Kolb, L (1976). *Psiquiatría clínica moderna*. (5a Ed). México: La Prensa Médica Mexicana

Palazzini, L (2001). *Especialidad psíquica en la adolescencia. Proceso y transición* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia> Consultado el 23 de enero de 2002

Paredes, D (1995). *Estudio comparativo de conocimientos acerca del SIDA en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Pearson, H. J (1975). *La adolescencia y el conflicto de los adolescentes*. Buenos Aires: Siglo XX

Piaget, J (1970). *La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta*. Madrid: Alianza

Piaget, J (1969). *El Desarrollo intelectual del adolescente*. Buenos Aires: Horme

Pick, S (1989). *Planeando tu vida*. (4a Ed). México: Planeta

Pick, S (1985). *Yo adolescente* (5a Ed). México: Planeta

Pedroza, S (18 de septiembre de 1999). *Los cambios sociales en los roles genéricos* [ en línea ]. Disponible en: <http://www.gabnet.com> Consultado el 1 de mayo de 2002

Pérez, G, J (1979). *Higiene mental*. México: impreso en Preparatoria No. 7 UNAM

Pérez, M (2002). *Rasgos de la personalidad y depresión en adolescentes* [ en línea ]  
 Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis> Consultado el 5 de marzo de 2002

Rappoport, L (1972). *La Personalidad y sus etapas*. Buenos Aires: Paidós

Reforma (25 de noviembre de 2002) *Alarma en México por índices de suicidios* [ en línea ]  
 Disponible en: <http://www.reforma.com> Consultado el 23 de febrero de 2003

Rodríguez, J (2003). *Síndrome depresivo en el niño y en el adolescente* [ en línea ].  
 Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0012.html> Consultado el 23 de septiembre de 2003

Rosenberg, M (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires: Paidós

Rosenzweig, M. R (1992). *Psicología Fisiológica*. España: Mc. Graw-Hill

Schüssler E. F ( 1996) *Pero Ella Dijo: Prácticas feministas de Interpretación Bíblica*.  
 Barcelona: Ed. Trotta

Sinay, S (febrero de 2002). *Padre se escribe con p de presencia* [ en línea ].  
 Disponible en: <http://www.psicoplanet.com> Consultado el 28 de abril de 2002

Varela, S (2002) *Niños violentos ..... padre faltante?* [ en línea ] Disponible en:  
<http://psicomundo.com/foros/genero/faltante.htm> Consultado el 6 de febrero de 2003

Vargas, E (21 de abril de 2001) *Padre ausente y las repercusiones a nivel psicológico en el niño según diversas perspectivas de análisis* [ en línea ]. Disponible en:

Wending, F (2001) Es justificado tener celos? [ en línea ]. Disponible en:  
[www.pololeos.com/espanhol/biblioteca/elamor/38.html](http://www.pololeos.com/espanhol/biblioteca/elamor/38.html) Consultado el 17 de enero  
 de 2002

Winnicot, W. D (1993). *Conversando con los padres*. España: Paidós

Winnicot, W. D (1993). *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós

Winnicot, W. D (1984). *La Familia y el Desarrollo de Individuo* (3ª. Ed.) Buenos Aires:  
 Piados

Winnicot, W. D (1972). *Realidad y Juego*. España: Gedisa