



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**AMBIENTE FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LOS RASGOS DE NEUROTICIDAD,  
HIPOCONDRIASIS, DEPRESIÓN E HISTERIA EN ADOLESCENTES ESCOLARES.**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PRESENTA:**

**CLAUDIA TERESITA RUIZ CÁRDENAS**

**DIRECTORA:**

**DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Ciudad de México**

**MAYO 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

A mis amadas hijas Vane y Meli que me dieron el valor y la fuerza en la vida.

A la memoria de mi padre que con su visión a futuro me educó para enfrentar los retos y compromisos de la vida.

A mi madre por su apoyo tan necesario durante muchos años.

A Rafael que con paciencia, apoyo y amor lo hemos compartido todo.

A mis pequeños Emilio y Regina que me llenan la vida de alegría y entusiasmo.

A Rosi y a Ivonne que con su ejemplo me señalaron el camino a seguir.

A Lucy, Mirna, Patricia, Sofía y Emily por su valiosa asesoría y generosidad al permitirme aprender de su invaluable conocimiento.

A Olga y Sofía por su amistad, apoyo, confianza y lealtad a través de los años.

## ÍNDICE

Introducción .....	7
I Adolescencia .....	10
1.1. Teorías sobre la adolescencia .....	13
1.1.1. Teoría del aprendizaje social .....	14
1.1.2. Teoría cognoscitiva .....	15
1.1.3. Teoría psicoanalítica .....	18
1.2. Crecimiento y cambios físicos .....	21
1.2.1. Importancia psicosocial de los cambios físicos .....	22
1.3. Aproximaciones sobre la etapa adolescente .....	28
1.3.1. Sullivan .....	29
1.3.2. Blos .....	31
1.3.3. Hurlock .....	35
1.3.4. Dulanto .....	37
1.4. Identidad, socialización y adaptación .....	44
1.4.1 Socialización en el adolescente .....	51
1.4.2. Amigos en la adolescencia .....	54
1.4.3. Aceptación social .....	57
II La familia y el adolescente .....	62
2.1. Tipos de familia .....	63
2.2. Tipos de hogares .....	69
2.3. Funciones de la familia .....	71
2.4. Cualidades de las relaciones en la estructura familiar .....	75
2.5. Estructura familiar y relaciones familiares .....	79
2.6. Relaciones afectivas .....	81

2.7. Normas y reglas de funcionamiento .....	84
2.8. Comunicación familiar .....	87
2.9. Evaluación de la familiar .....	93
2.10. Condiciones de la relación familiar y la etapa adolescente ..	96
2.10.1. Proceso de diferenciación .....	97
2.10.2. Autonomía y entorno familiar .....	98
2.10.3. Flexibilidad en el hogar .....	102
2.10.4. El papel de los padres .....	108
2.10.5. Apoyo parental .....	115
2.10.6. La economía familiar y el adolescente .....	117
III Familia y psicopatología .....	122
3.1. Rasgos y características de personalidad en el adolescente ..	126
3.2. Entre lo normal y la psicopatología .....	134
3.3. Trastornos mentales y la familia .....	138
3.4. Sintomatología neurótica .....	148
3.4.1. Hipocondría .....	154
3.4.2. Depresión .....	157
3.4.3. Histeria .....	169
Planteamiento del Problema .....	176
IV Método .....	180
V Resultados .....	188
VI Discusión .....	223
Referencias bibliográficas .....	241

## RESUMEN

El propósito del estudio fue conocer la relación que existe entre el ambiente familiar de los adolescentes y los rasgos de neuroticidad hipocondriasis, depresión e histeria, por medio del MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992). En el presente estudio participaron 391 adolescentes escolares de 14 a 16 años de edad con una  $M= 14.55$  y una  $DE=.561$  que habitan en la zona centro y oriente de la Ciudad de México. Para evaluar el ambiente familiar se diseñó un instrumento en formato de escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (casi nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre); se consideraron tres dimensiones del ambiente familiar relaciones afectivas, reglas y normas de funcionamiento familiar y comunicación familiar. Para cada dimensión se elaboraron 40 reactivos tanto positivos como negativos, el análisis factorial identificó cinco factores: conflicto entre los padres, falta de comunicación familiar, falta de normas y reglas, hostilidad y aceptación familiar, que explicaron el 52% de la varianza total, con un Alpha de Cronbach global de .899, quedando conformado el instrumento de Ambiente Familiar para Adolescentes con 25 reactivos. Los resultados indican diferencias significativas por sexo en el ambiente familiar de los adolescentes. También existen diferencias significativas por sexo entre los diferentes rangos de normalidad en las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria. Por último, los factores del ambiente familiar que predicen los rasgos de hipocondriasis son, la falta de aceptación familiar y la hostilidad; para la depresión, el conflicto entre los padres, la falta de aceptación familiar y la falta de comunicación; y para la histeria, la falta de aceptación familiar y el conflicto entre los padres.

Palabras claves: ambiente familiar, salud mental, adolescencia, rasgos de hipocondría y depresión.

## ABSTRACT

The purpose of the study was to analyze the relationship between family environment and traits of neuroticism, hypochondriasis, depression, and hysteria. The MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992) was used. In the present study participated 391 school-aged adolescents aged 14-16 years ( $M= 14.55$ ,  $SD=.561$ ), that lived in the center and east areas of Mexico City. In order to evaluate family environment, a Likert-type instrument with a four-point response scale (almost never, occasionally, often, and almost every time) was developed, taking into account three dimensions of family environment (affectionate relationships, family operational rules and guidelines, and family communication), with 40 items each, both positive and negative. A factor analysis identified five factors: conflict between parents, lack of family communication, lack of rules and guidelines, hostility, and family acceptance. These explained 52% of the total variance, and total Cronbach alpha was .899. The Adolescent's Family Environment Questionnaire was thus integrated by 25 items. Results showed significant differences for sex across the adolescent's family environment. Significant differences for sex also exist across different normality levels in the hypochondriasis, depression, and hysteria scales. Finally, family environment factors that predict traits of hypochondriasis are lack of family acceptance and communication; for depression, conflict between parents, and lack of family acceptance and communication; and for hysteria, lack of family acceptance, and conflict between parents.

Keywords: family environment, mental health, adolescence, traits of hypochondriasis and depression.

## INTRODUCCIÓN

El estudio parte de la inquietud por conocer la relación que existe entre el ambiente familiar y la presencia de rasgos de neuroticidad con los síntomas de hipocondriasis, depresión e histeria en estudiantes de educación media básica. Lo que puede contribuir a conocer algunos factores del ambiente familiar que pueden afectar el bienestar de los adolescentes y las familias.

En el capítulo I, se presentan algunas definiciones sobre la adolescencia, y una breve descripción de las aproximaciones teóricas sobre la etapa adolescente. Así como los diversos cambios que se presenta en el proceso de su desarrollo durante esta etapa como son: crecimiento, comportamiento, pensamiento, la socialización con los amigos y la aceptación social entre el grupo de pares.

El capítulo II, aborda el tema de familia, algunas aproximaciones conceptuales de familia, tipos y funciones de la familia, además de los diferentes tipos de hogares, las relaciones afectivas, las normas que organizan el comportamiento entre los miembros de la familia y la comunicación familiar. Se revisan algunos instrumentos psicológicos que han sido desarrollados para evaluar a las familias. La importancia de desarrollar instrumentos radica en los cambios que la familia ha tenido en las últimas décadas, donde las relaciones de parentesco se ven reconfigurados, por un conjunto de transformaciones sociales, en la estructura familiar y la vida familiar como respuesta a las necesidades actuales de la sociedad.



El capítulo III se ha dedicado a presentar algunos estudios publicados sobre diversos factores familiares que han sido investigados y se encuentran asociados a los síntomas psicopatológicos, mostrando un amplio consenso internacional sobre el efecto negativo de las relaciones familiares conflictivas, la carencia de afecto y falta de comunicación entre los miembros.

En el capítulo IV se presenta el método con los objetivos propuestos, las hipótesis y el procedimiento utilizado para el estudio. Cabe señalar que en la primera etapa del procedimiento se diseñó un instrumento que evalúa el ambiente familiar de los adolescentes, mismo que fue validado. En la segunda etapa, se lleva a cabo la aplicación de los instrumentos Escala de Ambiente Familiar para Adolescente y las escalas de hipocondriasis, depresión e Histeria del MMPI-A (Butcher *et al.*, 1992) utilizados para la comprobación de las hipótesis.

Continuamos con el capítulo V, el cual presenta los resultados de la validación del instrumento de Ambiente Familiar para Adolescentes, el cual identificó cinco factores: conflicto entre los padres, falta de comunicación familiar, falta de normas y reglas de funcionamiento familiar, hostilidad y aceptación familiar. Asimismo se presentan los análisis estadísticos realizados para evaluar el grado de asociación entre el ambiente familiar y los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria. Las diferencias por sexo en los criterios de normalidad de las escalas de neuroticidad. Por último, los análisis para determinar el nivel predictivo de los factores del ambiente familiar en los rasgos de neuroticidad, así como un análisis por sexo del nivel predictivo del ambiente familiar de los rasgos psicopatológicos antes mencionados.

Finalmente, en el Capítulo VI se presenta la discusión entre las aportaciones teóricas y los resultados obtenidos en el estudio; a partir de lo anterior, es

posible afirmar que existe relación entre los factores del ambiente familiar y los síntomas de hipocondriasis, depresión e histeria en los adolescentes escolares. Así como también, que los factores del ambiente familiar predicen los rasgos de neuroticidad; además de existir diferencias significativas por sexo en el nivel de predicción.

# I

## ADOLESCENCIA

La adolescencia como período específico de procesos particulares del desarrollo tiene su propio origen, probablemente a raíz de la publicación del trabajo de Hall sobre esta materia, en 1904. Hall considera que la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión (stress) y por la aflicción (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Por otro lado, Hurlock (1994) señala que “la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto” (p.15).

“La adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás: un periodo de transición entre la niñez y la adultez” (Mckinney *et al.*, 1982, p. 3).

“El término adolescencia se refiere al proceso psicológico y a los procesos de crecimiento físico definidos por el término pubertad. Para ponerlo de otro modo, la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura; en ese punto se determina, en gran parte, por la cultura y la sociedad propia, cuando han logrado, el niño y la niña, un grado razonable de independencia psicológica de sus padres” (Berryman, 1994, pp. 195 y 196).

Las generaciones de adolescentes en cada uno de sus contextos sociales, tienen entre sí muchas diferencias, pero a la vez poseen elementos de cierta continuidad que conforman la historia social de una cultura. Es posible observar la transformación de papeles, en particular del papel femenino y la sexualidad, en la redefinición de características propias de los adolescentes, en su connotación evolutiva de la época actual en las nuevas generaciones de adolescentes.

Los adolescentes son en gran medida la expresión de las transformaciones de la época, de la cultura donde viven, del entorno social y familiar, así como de la historia personal. La adolescencia contiene aspectos de transición y temporalidad biológica, conductual, emocional y cognoscitiva, a nivel individual, grupal y social, fundamentales para el devenir de la vida.

Mckinney et al., (1982) consideran que una persona es adolescente cuando se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, período típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega a la condición sociológica del adulto.

Por otro lado, Hurlock (1994) considera que la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. En promedio la adolescencia se extiende desde los 13 a los 18 años en las mujeres y los 14 a los 18 años en los varones.

Es así como Dulanto (2000) piensa que “la adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Abarca un largo periodo de vida que comprende, por lo general, desde los 10 o 12 años de edad hasta los 22 años

(depende de quién la analiza). Las limitantes de esta etapa varían según las prácticas y estructuras sociales donde se gesta el proceso” (p. 143).

“La adolescencia es un período crítico, un tiempo de creciente divergencia entre la mayoría de los jóvenes que están en la búsqueda de una vida adulta productiva y satisfactoria, y una minoría con dificultades para manejar problemas importantes. [...] La adolescencia también es un proceso social y emocional. Se considera que dura una década, comienza alrededor de los 12 años y termina hacia los 20. Sin embargo, sus cimientos se inician mucho antes y sus consecuencias psicológicas continúan mucho después (Papalia & Wendkos, 1998, p. 531).

Bandura sostiene que la adolescencia es un fenómeno más cultural que biológico, pues los estudios transculturales han demostrado que la angustia y los conflictos no son concomitantes infalibles de la pubertad, sino más bien el producto del condicionamiento cultural, ya que, en algunas sociedades, la adolescencia es uno de los periodos agradables y felices del desarrollo social (Bandura, 1974).

Se considera que un ambiente sociocultural vacío o inconsistente ofrece pocas oportunidades para el desarrollo de una identidad estable, mientras que un ambiente sociocultural consistente y claramente definido es propenso a producir identidades estables (Inmaculada, 1988).

La adolescencia es el periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la

internalización de un sistema de valores personales y la preparación para los papeles adultos (Dulanto, 2000).

Es posible aceptar muchas formas de definir la adolescencia pues se comprende que cada una de estas definiciones se basa en el punto de vista de un enfoque teórico distinto. Sin embargo, ser adolescente significa y simboliza varias cosas al mismo tiempo; el joven es tanto una persona individual, como un individuo dentro de un grupo de pares, dentro de una familia y una sociedad de características propias. El adolescente, es el reflejo del momento social y es también, un participante de su cultura, una posibilidad de ser en el desarrollo social de toda nación.

Si bien cada teoría o criterio creado para el estudio de la adolescencia carece de una definición exacta, es posible considerar al adolescente como una expresión de la individualidad en evolución, desde el desarrollo social y cultural. En tanto las definiciones abarquen y expliquen la función de la maduración cognoscitiva, emocional y social del adolescente, son susceptibles de considerarse válidas y útiles para entender el proceso y captar mejor la esencia del significado de esta etapa.

### 1.1. Teorías sobre la adolescencia

La etapa adolescente ha sido estudiada desde diferentes aproximaciones teóricas; los procesos psicológicos que se desarrollan en ella, los cambios comportamentales y cognoscitivos, aunados a la relación con el entorno social.

### 1.1.1. Teoría del aprendizaje social

Esta teoría sostiene que el aprendizaje puede ser adquirido por medio de simples procedimientos de observación y que la transmisión de nuevas respuestas puede explicar el desarrollo de conductas tales como agresión, dependencia y control de sí mismo; por tanto, el comportamiento del adolescente puede ser el producto del tipo de aprendizaje social recibido desde la niñez y no exclusivamente el producto de etapas biológicas. El ser y hacer de un adolescente en gran parte se relaciona con la conducta social de su familia, la escuela y la comunidad donde pasó la infancia y transcurre la adolescencia. La conducta final del joven en gran parte, se vinculará con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto.

Los sociólogos, antropólogos y psicólogos seguidores de esta línea de pensamiento han propuesto el concepto de *autoeficacia* para entender las motivaciones de los adolescentes. Este concepto propone que los jóvenes sólo actúan con verdadero esmero y voluntad para alcanzar una meta y una recompensa en la medida del conocimiento, la habilidad y la seguridad de que pueden alcanzarlas (Dulanto, 2000). Es decir, si un joven no está convencido de que puede lograr lo que se propone, independientemente del esfuerzo que haga y lo favorecedor del medio, la probabilidad de que lo consiga disminuye notablemente.

Uno de los fenómenos que podría estar relacionado con este supuesto es el “*bullying*”, que puede estar asociado a los estilos de relación familiar y la

incapacidad para evitar estar en una posición de control y sometimiento (víctima). Aunque puede interactuar, entre la posición de víctima y agresor, está última se presenta, más como una respuesta de defensa ante la hostilidad del entorno.

Además, los teóricos del aprendizaje social no consideran que la adolescencia sea destructiva y llena de conflictos en las relaciones familiares, Estudios recientes describen con mayor frecuencia la parte positiva en los cambios en las relaciones padre-adolescente; sólo una pequeña parte (5 a 10%) de los padres con hijos adolescentes, en Estados Unidos, sufre un marcado deterioro en sus relaciones, lo que sugiere que los conflictos que se presentan en dichas relaciones (aislamiento entre padres-hijos, enojo entre ellos, entre otros) pueden contribuir de manera positiva en el desarrollo del adolescente si permiten mayor individuación en un contexto de mayor cordialidad en la relación primaria (Inmaculada, 1988).

### 1.1.2. Teoría Cognoscitiva

Esta teoría señala que la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del joven. Piaget (1995) pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la visión del mundo y la vocación. De acuerdo con este investigador, los adolescentes entran al nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo, que denominó “operaciones formales”.

Llegar al nivel de las operaciones formales permite a los adolescentes contar con una nueva forma para operar la información. En la etapa de las



operaciones concretas, los niños piensan en la lógica de lo concreto, aquí y ahora. Los adolescentes ya no tienen esos límites. Ahora pueden manejar abstracciones, comprobar hipótesis y ver nuevas posibilidades de desarrollo personal.

Los cambios internos y externos en la vida de un adolescente se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. El cerebro ha madurado, y el ambiente social es más amplio y ofrece más oportunidades para la experimentación. La interacción entre los dos tipos de cambios es esencial. Incluso si el desarrollo neurológico de un joven ha avanzado tanto como para permitirle llegar a la etapa del razonamiento formal, puede que nunca lo logre si no recibe estímulos culturales y educativos (Piaget, 1995).

Es frecuente cuestionar la figura de los adultos durante la adolescencia y no puede ser entendida como un acto desleal o ingrato de los jóvenes. Es una actitud necesaria, que de manera sistemática permite conocer y analizar lo que hasta ese momento ha sido la interacción con las figuras más importantes de la niñez y que aún están presentes; se trata de un proceso necesario de diferenciación respecto de las figuras paternas, que da elementos de ensayo hacia la construcción de un sí mismo independiente, que deberá ampliar sus relaciones interpersonales.

Este proceso constituye una expresión de la necesidad de alejarse emocionalmente de las figuras cercanas adultas, aunque sean queridas, necesarias y positivas. Sin embargo, existe siempre el propósito o el deseo, de superar o cancelar aquellas situaciones sociales o vínculos personales que, en opinión de los adolescentes, les han causado problemas.

Con este estilo de relación, el adolescente trata de conseguir la oportunidad de una experiencia personal, directamente controlada, por medio de las vivencias existenciales y la participación social, de las que obtiene, el sentimiento y la convicción de ser responsable de su proceso de vida, lo que trae como consecuencia la confianza en sí mismo y una mayor seguridad y autoestima.

Son múltiples las habilidades a desarrollar en el proceso adolescente entre éstas se encuentran: habilidad de concentración, saber preguntar, plantear dudas, tener un espíritu constructivo, alerta o atento y explorador; la habilidad para entablar relaciones humanas, ser capaz de encontrar opciones alternativas, haber creado un estilo para separarse y vincularse, tener la capacidad de escucharse a sí mismo y saber comunicar los sentimientos, entre otras habilidades que se adquieren paulatinamente desde la infancia hasta la adolescencia por medio de la convivencia en la familia y en el sistema escolar.

También, presenta cambios en sus conceptos, normas y maneras de enfocar diversos problemas personales cotidianos, que ocurren en su entorno inmediato de manera circunstancial o voluntaria, que van descubriendo y tienen que enfrentar.

Una vez hecho el análisis, hay una síntesis de todo lo valioso y válido que se ha recibido. En apariencia hay una recaptura de “lo mejor” de la vida infantil que seguirá acompañado al proceso adolescente; que sirve a la vez de plataforma firme para la vida adulta.

### 1.1.3. Teoría psicoanalítica

De acuerdo con Anna Freud (1958) el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas, lo que se constituye en una identidad semipatológica que se ha denominado “síndrome normal de la adolescencia” (Gutiérrez, 1997, p. 27).

La teoría psicoanalítica describe al joven como una persona en tensión, agitación y confusión. Frente al estrés emocional y social, el adolescente responde con mecanismos de defensa inmaduros, entre los que predominan la agresión, la negación y la obstinación. Al parecer la manera positiva de salir y superar este estado es cuando el joven aprende a usar el razonamiento abstracto. Anna Freud (1997) sintetiza las características del “síndrome normal de la adolescencia:

- a) Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- b) Tendencia grupal.
- c) Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- d) Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo intransigente, hasta el misticismo.
- e) Desubicación temporal, donde el pensamiento adquiere características del pensamiento primario.
- f) Evolución sexual manifiesta, que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.
- g) Separación progresiva de los padres.
- h) Contradicciones sucesivas en su conducta.
- i) Actitud social reivindicatoria.
- j) Fluctuaciones constantes del humor y del estado de ánimo.

Dentro de la teoría psicoanalítica se encuentra la de Erikson, que considera las llamadas “batallas psicosexuales” de los adolescentes; las “batallas” deben entenderse como: “enfrentamientos psicosociales” (Erikson, 1963).

Erikson considera que la esencia del proceso adolescente es la consolidación de la identidad. Todo el desarrollo de la adolescencia está dirigido y dominado por la urgente necesidad de dar un nuevo sentido al Yo (quién se es) y por ello, la formación de la identidad bien puede calificarse como rasgo dominante de la adolescencia (Erikson, 1971).

El primer postulado de la teoría, en el cual el escenario donde surgen las actitudes, es el amplio medio social del niño y del joven. El segundo postulado afirma que a medida que se desarrolla el ego, el joven se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por diferentes circunstancias que surgen en cada etapa. Para Erikson (1971) existen ocho etapas importantes del desarrollo humano a lo largo de la vida, y son:

1. Logro de la confianza (confianza básica en contraposición con desconfianza básica).
2. Logro de autonomía (autonomía en contraposición a vergüenza y duda).
3. Logro de iniciativa (iniciativa en contraposición a sentimiento de culpa).
4. Logro de laboriosidad (laboriosidad en contraposición a disolución de la identidad).
5. Logro de identidad (identidad en contraposición a disolución de la identidad).
6. Logro de intimidad (intimidad en contraposición a aislamiento).
7. Logro de creatividad (creatividad en contraposición a estancamiento).

8. Logro de la integridad del ego (integridad del ego en contraposición a desesperanza).

Los trabajos realizados por Aberastury y Knobel (2003) también son importantes, ya que consideran que el niño tiene tres pérdidas simbólicas irreparables en un corto plazo, denominan a estas pérdidas básicas de la siguiente manera:

1. Pérdida del cuerpo de la infancia.
2. Pérdida simbólica de los padres de la infancia.
3. Pérdida del mundo social infantil.

Las pérdidas pueden traer consecuencias diferentes, como inseguridad personal, pérdida de confianza en sí mismo, en los adultos, en los códigos sociales ya aprendidos, en los sistemas de comunicación y en la manera de establecer relaciones interpersonales. Esta inestabilidad momentánea, pero importante y eficaz induce a los individuos a encontrar o ensayar nuevas formas de vivirse, sentirse y situarse de manera muy diferente a la etapa infantil.

Dejar de ser niño implica desprenderse de algunas actitudes y ritos y definitivamente de otros, para lograr establecer un vínculo con una nueva oportunidad de vida. Esta nueva vida depende más de las decisiones personales y demandará mayor responsabilidad, con la oportunidad de que la vida sea imaginada, desarrollada, construida y creada finalmente, por el adolescente y para el adolescente, con una percepción, aunque poco definida de sí mismo, capaz de delinarse a futuro, mediante las metas y logros. Será necesario, tener voluntad, disciplina, un espíritu inquieto, valores, intereses, metas, creatividad y una actitud positiva hacia las relaciones interpersonales.

Bajo estas condiciones, el proceso adolescente, permitirá al individuo, mediante el razonamiento, no sólo formar un autoconcepto adecuado sino construir paulatinamente, una nueva autoestima diferente de aquélla (resultado de la valoración de los padres) que tenía en la infancia. Esta nueva autoestima es producto del autocuestionamiento, la reflexión y el análisis de la incipiente y cada vez más frecuente e intensa participación voluntaria en la vida, de los vínculos nuevos con el mundo de pares, conceptos, ideologías y grupos humanos donde interactúa.

## 1.2. Crecimiento y cambios en el adolescente

El desarrollo se entiende como un proceso de diferenciación, especialización, adquisición de funciones, adaptación, maduración y jerarquización. La maduración es llegar a su máxima eficacia durante un determinado periodo. Adaptación es ajustarse a las condiciones del ambiente, pero con frecuencia es común mencionar indistintamente el crecimiento y el desarrollo.

Silber, Munist, Madaleno y Suárez (1992) se refieren al conjunto del crecimiento y desarrollo humano difícil de independizar el uno del otro; con su aportación dan los siguientes criterios:

1. Crecimiento y desarrollo físico. Este término se refiere a los cambios de superficie, composición y función celular y del organismo. Incluye aspectos de dinámica molecular y enzimática desde la etapa fetal hasta la pubertad.

2. Crecimiento y desarrollo intelectual. Se relaciona de manera directa con la maduración del sistema nervioso central. Asimismo, se refiere al desarrollo de la capacidad de comunicación y al manejo gradual de símbolos y abstracciones desde la niñez hasta la pubertad.
3. Crecimiento y desarrollo emocional. Es la capacidad de crear logros afectivos, encaminados a adquirir templanza y aceptar la frustración o desilusión. El autor sitúa a la familia, su función, concepto y desarrollo de cultura como el centro promotor de este desarrollo, coloca las relaciones escolares y extra familiares en segundo término, y asigna un gran papel al proceso de enseñanza – aprendizaje.

#### 1.2.1. Importancia psicosocial de los cambios físicos en la adolescencia.

Los cambios físicos de la adolescencia son muy importantes por muchas razones. Primero, colocan al niño en una situación en que experimenta algo físico que antes no había experimentado. El aumento repentino de estatura y de peso, el inicio del desarrollo sexual y los impulsos sexuales que lo acompañan, son cambios significativos que no se parecen en nada al patrón de crecimiento de la niñez media.

Es precisamente el momento en que se dan estos cambios físicos cuando se ven más claramente los diferentes ritmos de maduración entre varones y mujeres. El principio de la pubertad empieza por lo menos dos años antes en las niñas que en los niños. Algunos de estos cambios son importantes, porque son el criterio por el cual los demás perciben al menor, o el menor se percibe a sí mismo, de manera distinta.

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) consideran que los cambios físicos de la adolescencia pueden dar pie a muchas maneras de que un niño o niña pongan en tela de juicio su normalidad. El hecho mismo de que estas experiencias no tengan nada en común con lo que les ocurrió durante la niñez, origina dudas acerca del futuro: “¿Qué va a suceder conmigo?, ¿Siempre tendré acné?, ¿Soy una persona normal?, ¿Me querrán las demás personas?”. Los cambios en el modo de pensar lógico, permite a los adolescentes considerarse a sí mismos más desde el punto de vista de los demás, pueden verse a sí mismos como objetos, ya sea que se reflejen en un espejo o a los ojos de sus contemporáneos, quienes se convierten ahora en su nuevo grupo de referencia al querer definir lo que es normal y aceptable. En el interés por hacerse normales y aceptables, el adolescente parece llegar a extremos, que en ocasiones puede llegar a poner en riesgo su integridad.

La opinión de terceros, ya sean pares o adultos, familiares o no, tiene profunda trascendencia en el crecimiento y desarrollo, al igual que en muchos otros acontecimientos de la vida. Por esa razón, los comentarios o críticas acerca de la imagen corporal ocasionan que los adolescentes se sientan bien o muy incómodos y a disgusto, según entiendan y valoren el mensaje. Es importante señalar, que en las primeras etapas de la adolescencia, los jóvenes suelen tener muchos impulsos y vivencias nuevas; la mente se encuentra muy estimulada por emociones y sentimientos, en ocasiones contradictorios.

Esto les produce inestabilidad, confusión, labilidad emocional y grandes variaciones de comportamiento durante un mismo día. Lo que puede estar relacionado con la poca objetividad de algunos adolescentes para entender y apreciar el contenido de los mensajes correctivos, y en particular, de aquellos relacionados con su nueva imagen corporal. De ese modo, la talla, el peso, los



caracteres sexuales secundarios, la forma de moverse y reírse, el arreglo personal y la moda personal en el vestir se convierten en una serie extensa de oportunidades potenciales de comentarios o sugerencias, que pueden llegar a incomodar o confrontar.

Hasta hace muy poco tiempo, se consideraba que la conceptualización de la imagen corporal era unidimensional, pero ahora se considera que es un constructo multidimensional que incluye dimensiones, tales como: percepción, actitud, cognición, conducta, afecto, miedo a engordar, distorsión corporal, insatisfacción corporal, inversión cognoscitiva-conductual, evaluación, preferencia por lo delgado y comida restrictiva. Consideran que la imagen corporal se compone de dimensiones perceptuales y actitudinales (Banfield & McCabe, 2002).

Para Slade, la imagen corporal es “una representación mental ligera de la forma del cuerpo, talla, que se ve influida por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos” (Slade, 1994, p. 302).

Los jóvenes se interesan en los cambios corporales que experimentan, ya que están inmersos en un mundo social, el culto al cuerpo, la silueta, la moda y el arreglo personal. Por tanto, no es extraño que piensen que el fracaso para conseguir un aspecto físico adecuado y equilibrio en su arreglo y vestir los llevará a enfrentar el rechazo y a perder la posibilidad de lograr el éxito social. Así, los cambios que experimentan se valoran de acuerdo con las expectativas que se les han inculcado en el medio familiar, social y cultural en que han crecido.

El culto que rinde al cuerpo nuestra sociedad es cada vez más importante. Actualmente, hay toda una industria basada en la sobrevaloración de la

delgadez, a veces perjudicial, asociado a la salud y disfrazado por el “estar en forma” o “mantenerse joven”. Estos mensajes socioculturales impactan en el comportamiento del joven, induciendo conductas de riesgo para su bienestar físico y psicológico.

Las personas con trastornos alimentarios presentan características psicológicas comunes, requieren de la aprobación externa y se someten a los dictados de la moda con respecto a su estado corporal, presentan ansiedad, escaso control de impulsos, actúan en forma irreflexiva, sin tener en cuenta las consecuencias de sus acciones, así como también dificultad para identificar y expresar emociones, estados afectivos y sensaciones (Cervera & Quintanilla, 1995). En el plano cognoscitivo, piensan con insistencia y gran preocupación en un mismo tema, situación o dificultad, sin poder tomar una decisión eficaz. Estos pensamientos erróneos generalmente son automáticos y constituyen un poderoso factor que genera problemas y sentimientos negativos.

Cualquier alteración cualitativa o cuantitativa en los cambios, preocupa a los jóvenes porque en etapas previas podían competir con sus iguales o pares por muchos motivos, pero rara vez como ahora por aspectos derivados de la figura física o el desarrollo de características ligadas al sexo. La manera y secuencia del crecimiento y desarrollo físico de la infancia casi nunca brinda oportunidades para ello; en cambio, durante la pubertad, las variaciones constituyen una amplia gama de respuestas individuales. La figura corporal en continuo cambio se convierte así en fuente de preocupación, a través de los límites de variabilidad que se presentan y que parecen afectar con justificación o no, a quienes ven motivo de problema en ello.

Entre los 11 y los 16 años de edad, hay grandes diferencias en la velocidad y la modalidad para madurar y, en consecuencia, gran diversidad en los logros juveniles. En el adolescente surge por primera vez la necesidad de comparar su cuerpo con el de los pares o con el de ídolos que emergen como imágenes de identificación. Las fantasías nacen y se convierten en exigencias. La transformación biológica del cuerpo hace aparecer la conciencia de que la figura corporal y las cualidades que la adornan, conforman una presentación individual para facilitar o dificultar el éxito entre los iguales.

Por consiguiente, en muchos jóvenes se crea un culto al aspecto físico, y aunado a él, existe todo un proceso de aceptación social. La competencia se inicia no sólo para obtener aceptación y reconocimiento, sino para lograr situarse en una posición de liderazgo entre los iguales. Esta necesidad se observa como rivalidad entre los pares del mismo sexo; también tiene importancia cuando comienzan una serie de ensayos para competir con el sexo contrario y ser aceptado por él.

La sexualidad hoy en día es uno de los aspectos más relevantes entre los adolescentes. Se manifiesta de manera más abierta y muchos prejuicios del pasado son irrelevantes para el adolescente. Sin embargo, la sociedad aún no está preparada para entender y crear respuestas o alternativas a dicha sexualidad. A su vez, los adolescentes no han dimensionado las consecuencias y riesgos a la salud, de una activa vida sexual. Se estima que el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad, es de 1252 partos, mientras el total de alumbramientos al día es de 6260, lo que representa que uno de cada cinco alumbramientos es de una mujer adolescente. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de entre los países que conforman la OCDE, la tasa más elevada de embarazos en adolescentes se presenta en México (Reyes, 2014).

También, se puede ver que los niños que maduran de manera temprana tienden a manejarse mejor que las niñas con maduración temprana; su madurez los coloca a la par de las niñas de la misma edad. Las niñas, en particular, pueden encontrar que algunos perciben su madurez temprana como sexualmente provocativa. Con frecuencia son conscientes acerca de su desarrollo sexual precoz, de manera especial, de la imagen corporal y la menstruación que se pueden llegar a percibir negativamente (Berryman, 1994).

Quienes maduran de manera tardía se ven infantiles para su edad. Están en más posibilidad de que sus pares los molesten y por ello los acosa una sensación de inferioridad y aislamiento social. Las niñas tienen menos posibilidades de sufrir que los niños, porque ellas están a la par con la mayoría de los niños de su edad, pero pueden preocuparse por el retraso en el desarrollo de sus senos y la llegada tardía de la menstruación en particular, si se encuentran bajo la presión de sus pares más desarrolladas físicamente. Los niños que se desarrollan más tarde parecen sentir mayor presión y carecer de autoconfianza, y las investigaciones muestran que tales sentimientos pueden perdurar en la edad adulta, aun bastante después de que se alcance la madurez física (Berryman, 1994).

Un estudio realizado en Estados Unidos examinó la edad y el género, explorando como la influencia de la sociedad contemporánea se relaciona con la auto-estima del adolescente. Con respecto a la auto-estima, se valoró la influencia del acoso sexual, la imagen corporal, las relaciones familiares y con sus iguales, así como la expresión emocional, que fueron evaluados en 93 chicos y 116 chicas (5°, 8° y 12° grado). Las chicas reportaron baja auto-estima en comparación con los chicos en la adolescencia temprana y los

chicos en la adolescencia tardía reportaron baja auto-estima (Polce-Lynch, Myers, Barbara, Kliewer & Kilmartin 2001).

El proceso de maduración conlleva implicaciones emocionales y sociales múltiples y variadas, que caracterizan de forma particular el proceso de ajuste y adaptación durante la etapa adolescente.

### 1.3. Aproximaciones sobre la etapa adolescente

Son muchas las maneras de considerar las diversas etapas del desarrollo humano. Entre los autores hay desacuerdos en el número en que se dividen estas etapas, como en lo que caracteriza a cada una de ellas y el tiempo de duración. Sin embargo, la adolescencia es una etapa en el continuo desarrollo humano denominada por muchos como la época que separa el mundo infantil de la vida adulta.

La adolescencia, brinda a los menores la posibilidad de un ensayo de sus potencialidades existentes que podrán desarrollar en un proceso de apropiación, donde la familia tiene un lugar preponderante como inductor y facilitador. La sociedad es el contexto que demarca las cualidades y modalidades; para que el adolescente pueda ingresar a la vida adulta dotado de un repertorio que le permita el desenvolvimiento de las capacidades individuales. En este periodo se alcanza la madurez biológica y sexual, y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquélla donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto.

Dulanto (2000) considera a la adolescencia dividida en tres etapas:

- *Adolescencia temprana.* Abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria.
- *Adolescencia media.* Se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad, equivale al periodo del bachillerato en cualquiera de sus modalidades o a la educación media superior.
- *Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia.* Comprende de los 18 a los 21 años, y corresponde a la educación universitaria casi por completo.

#### 1.3.1. Sullivan

De acuerdo con Sullivan (1989) la adolescencia se divide en tres fases principales: preadolescencia, adolescencia temprana y adolescencia tardía.

Los preadolescentes se caracterizan por una necesidad de intimidad interpersonal y por una necesidad de tener compañeros del mismo sexo. Esta relación según Sullivan, con mucha frecuencia es de carácter “isofílico”, es decir, entre miembros del mismo sexo. Este es el periodo de la vida cuando el muchacho tiene un amigo muy especial o un “cuate”, y cuando la adolescente tiene una confidente a quien revela sus secretos más íntimos, sus preocupaciones, esperanzas y anhelos. Puede ser que el íntimo apego a uno “como yo” sea una defensa en contra de la difusión de identidad en un momento cuando los cambios corporales y el principio de los impulsos sexuales ponen en peligro la estabilidad de la propia identidad y de la imagen que uno tiene de sí mismo. Los adolescentes se ayudan mutuamente para

afrontar estos cambios por medio del intercambio de experiencias. Es evidente que el amor constante entre ambas partes reafirma el valor personal que el adolescente se atribuye a sí mismo (Sullivan, 1989).

La fase de la adolescencia temprana se caracteriza ahora por la erupción de la necesidad de esta gratificación sexual o concupiscencias. El cambio de la necesidad de intimidad del periodo preadolescente puede conducir cierto conflicto de necesidades. Sin embargo, la erupción de intereses genitales y el paso de un interés isofílico a un interés heterofílico es alentado generalmente por el hecho de que el otro miembro del grupo de dos se encuentra también en estado de transición (Sullivan, 1989).

Sullivan hace notar que el sentido que uno tiene de su valor personal y la estima que uno tiene de sí mismo, pueden pasar por momentos difíciles ante el desarrollo de la necesidad de concupiscencia, especialmente cuando los intereses genitales son considerados como inmorales. El despertar en estos intereses puede hacer que el adolescente se sienta confuso, avergonzado o ambas cosas. Segundo, la necesidad de intimidad y la necesidad de concupiscencia pueden también entrar en dificultades. Así, puede presentarse cierta torpeza cuando un individuo se relaciona con el sexo opuesto en una forma nueva.

Se necesita una nueva habilidad para cuando uno quiere intimar y ser correcto sexualmente al mismo tiempo. Falta de seguridad, vergüenza, precaución excesiva y audacia desmedida, son reacciones que Sullivan describe como resultados potenciales ante las dificultades.

En la adolescencia tardía, una vez que el adolescente ha definido su modo preferido y definido de relacionarse con otros sexualmente, se establece un

repertorio plenamente maduro de conductas interpersonales, y se aspira a nuevas relaciones de este tipo y a beneficiarse de ellas. Es el periodo denominado como moratorio psicosocial, en el sentido de que las elecciones que se hacen no son necesariamente permanentes; es decir, uno no se compromete necesariamente con alguna persona para toda la vida, por el solo hecho de salir con dicha persona alguna vez (Sullivan,1989).

### 1.3.2. Blos

Ahora bien, desde la Teoría psicoanalítica, Blos (1971) considera que la adolescencia se divide en tres etapas: 1) adolescencia temprana, 2) adolescencia media y 3) adolescencia tardía:

#### Adolescencia Temprana

“Durante la adolescencia temprana los impulsos cambian hacia la genitalidad, los objetos libidinales cambian de preedípicos y edípicos a objetos heterosexuales no incestuosos. El yo salvaguarda su integridad por medio de operaciones defensivas; algunas de éstas son de carácter restrictivo para el yo y requieren de una energía catéctica para su mantenimiento, mientras que otras muestran ser de carácter adaptativo para permitir la descarga de impulsos inhibidos (sublimación); éstas llegan a ser los reguladores permanentes de la autoestima” (Blos, 1971, p.114).

En esta edad, los valores, las reglas, y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental; los conflictos parentales y la escasa interiorización de figuras de autoridad, amenazan con romper durante la adolescencia temprana el autocontrol y en algunos extremos surge la delincuencia (Blos, 1971).



La megalomanía del niño se ve amenazada por la indiscutible posición de privilegio y poder del padre; sus residuos son absorbidos por el *superyó*, que participa de la “magnificencia del padre”. En la adolescencia temprana, la megalomanía que da al niño una sensación de perfección siempre y cuando sea parte del padre, es ahora tomada por el *yo ideal*. “Como siempre, cuando se refiere a la libido, el hombre una vez más se muestra incapaz de abandonar la satisfacción de que antes ha disfrutado. No está dispuesto a dejar la perfección narcisista de su niñez y cuando crece, se siente molesto por las amonestaciones de otros y por el despertar de su juicio crítico; de ahí que no pueda mantener esta perfección que trata de recuperar en la nueva forma del *yo ideal*. Lo que proyecta ante sí como su ideal es el sustituto del narcisismo perdido de la niñez en el cual él era su propio ideal” (Freud, 1986).

La adolescencia temprana de una muchacha no muestra paralelismo cercano al desarrollo del muchacho. Es cierto que la amistad juega un papel igualmente importante en su vida. La falta de una amiga puede llevarla a una gran desesperación, y la pérdida de una amiga puede precipitar una depresión y la falta de interés en la vida.

El objeto del flechazo es amado en forma pasiva, con el deseo de obtener atención o afecto o también el sentirse invadido por toda clase de afectos eróticos o sexualizados. Este desarrollo continúa en la adolescencia propiamente. Las cualidades masoquistas y pasivas del flechazo son un estadio intermedio entre la posición fálica de la preadolescencia y la progresión a la feminidad. Es, de hecho, el estadio intermedio bisexual de la adolescencia temprana de la mujer (Blos, 1971); en su forma típica para la muchacha de esta edad, la presencia de una tendencia bisexual intensa, un poco antes de los conflictos de la adolescencia, está menos reprimida en las

muchachas que en los muchachos. En este periodo de su vida, las muchachas muestran con mucha facilidad su masculinidad, mientras que el muchacho se siente avergonzado de su feminidad y la niega.

La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada en la adolescencia. En la adolescencia temprana la muchacha muestra una gran facilidad para vivir a un sustituto. Existe el peligro de que esta actitud la lleve a una actuación, a una relación sexual prematura para la cual la muchacha no está preparada. Estas experiencias tienen especialmente un efecto muy traumático, favorecen un desarrollo regresivo y pueden llevar a desviaciones en el desarrollo de la adolescencia. Las amistades, los enamoramientos, la vida de fantasías, los intereses intelectuales, las actividades atléticas y la preocupación con el arreglo personal, protegen a la muchacha en contra de esta actitud precoz, es decir, de una actividad heterosexual defensiva. Sin embargo, la última medida de seguridad de la muchacha en este pasaje normal a través de esta fase, es la accesibilidad emocional de los padres, especialmente la madre o el sustituto materno (Blos, 1971).

#### Adolescencia media

Blos señala, que en la adolescencia media la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes. Debido a que el adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer muchas veces. Los deseos edípicos y sus conflictos surgen nuevamente. La finalidad de esta ruptura interna con el pasado agita y centra la vida emocional del adolescente; al mismo tiempo, esta separación o rompimiento abre nuevos horizontes, nuevas esperanzas y también nuevos miedos.

Desde el punto de vista psicoanalítico el problema principal de esta subetapa de desarrollo reside en la naturaleza de los cambios catécticos relacionados con los objetos internos y al ser, más bien que en expresiones en la conducta, como índices importantes del cambio o de la progresión psicológica.

En ambos sexos puede observarse un aumento en el narcisismo; hecho que pone énfasis, debido a que produce una gran variedad de estadios en el yo, que son característicos de la adolescencia. Este aumento precede a la consolidación del amor (Blos, 1971).

La etapa narcisista no es sólo una acción demoradora o apoyadora causada por repugnancia para renunciar definitivamente a los objetos tempranos de amor, sino que también representa una etapa positiva en el proceso de desprendimiento. Mientras que previamente los padres eran sobrevalorados, considerados con temor y no valorados de forma realista, ahora se vuelven devaluados y son vistos con las ruines proporciones de un ídolo caído. La autoinflación narcisista surge en la arrogancia y la rebeldía del adolescente, en su desafío de las reglas, y en su burla de la autoridad de los padres. Una vez que la fuente de gratificación narcisista derivada del amor paternal ha cesado de fluir, el yo se cubre con una libido narcisista que es retirada del padre internalizado. El resultado final de este último cambio catéctico debe ser que el yo desarrolló la capacidad de asegurar, sobre la base de una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento narcisista que es esencial para el mantenimiento de la autoestima. Esta etapa narcisista opera al servicio del desarrollo progresivo, y está habitualmente entremezclada con la lenta ascendencia de hallazgos de objeto heterosexual. El proceso de separación y su facilitación son los que dan a la etapa narcisista su calidad positiva y progresiva (Blos, 1971).

Algunos adolescentes en esta subetapa disminuyen sensaciones de hambre o la necesidad de comida, al tiempo que un objeto heterosexual significativo y gratificante entra en su vida. El papel significativo que la oralidad juega en el proceso de separación, que involucra anhelos orales intensificados; también explica la frecuencia de estados de ánimo depresivos en la adolescencia como una “regresión” transitoria a la fase oral-incorporativa (alimenticia) del desarrollo (Blos, 1971).

#### Adolescencia tardía

Por último, para Blos la adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación, que se refiere a la elaboración de “1) un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo; 2) una extensión de la esfera libre de conflictos del yo (autonomía secundaria); 3) una posición sexual irreversible (constancia de identidad) resumida como primacía genital; 4) una catexis de representación del yo y del objeto y 5) la estabilización de aparatos mentales que salvaguarda la identidad del mecanismo psíquico” (Blos, 1971, p. 191).

La adolescencia tardía implica el cambio de consecuencia para la vida futura del individuo, somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa de los jóvenes. El fracaso de ello, da lugar a la fragilidad *yoica*, el surgimiento de maniobras defensivas y psicopatología severa con la consecuencia de la desadaptación social.

#### 1.3.3. Hurlock

Hurlock (1994) considera que la adolescencia puede ser dividida en dos periodos, *inicial* y *final*, siendo los 17 años la línea divisora entre ambos.

*Adolescencia inicial:* En las niñas se da alrededor de los 13 hasta los 17 años, según el momento en que se alcanza la madurez sexual. En los varones se da alrededor de los 14 hasta los 17 años, también según la edad en que el muchacho alcanza la madurez sexual.

*Adolescencia final:* Desde los 18 hasta los 21 años. En ocasiones se emplea el término “juventud” para designar el período final de la adolescencia. Se dice de un adolescente mayor que es un “joven” o “una joven”, lo cual implica que la conducta característica de este período se aproxima a la de un adulto. La línea divisora entre adolescencia inicial y final no está determinada por alteraciones fisiológicas sino por diferencias en los patrones de conducta.

La terminación de la adolescencia no es posible de definir; a las personas se les considera adultas cuando la comunidad de adultos da por supuesto que dicha persona está lista para aceptar las responsabilidades que implica la membresía en la comunidad y le otorgan todos los privilegios correspondientes.

Hurlock considera que son seis puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el estudio de la adolescencia:

- a) Es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrática del individuo.
- b) Es una época donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo.
- c) Es una época en que el adolescente busca un estatus como individuo.
- d) Las relaciones de grupo adquieren importancia

- e) Es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica.
- f) Es una etapa de desarrollo y evaluación de valores.
- g) Es un tiempo de conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad

#### 1.3.4. Dulanto

Adolescencia temprana:

Las personas dedicadas al trabajo con adolescentes están conscientes de que la preocupación principal en la adolescencia temprana gira en torno a los cambios rápidos que surgen en la constitución física y van delineando una nueva silueta corporal. La calidad y expresión de los cambios físicos producen inquietud y dudas respecto de su índole normal o anormal (Dulanto, 2000).

“En un intento por adquirir un poco de seguridad y tranquilidad, los jóvenes en esta subetapa comparan sus cuerpos con el de otros compañeros y al mismo tiempo pasan horas contemplándose, descubriéndose frente al espejo y en otras prácticas, como el ensayo de diferentes arreglos personales y comportamientos. Ser atractivo es una necesidad naciente que se ensaya y pese al esfuerzo por satisfacerla a veces decepciona. Sin embargo, la práctica se repite con el mismo entusiasmo siempre en espera de lograr el ideal. Por otra parte, surge una curiosidad firme y creciente por saber acerca de la anatomía sexual y el tamaño normal de pechos, testículos y pene. De manera simultánea, aparece una notoria ansiedad en torno a las características y el significado de la menstruación, las poluciones nocturnas y la masturbación” (Dulanto, 2000, p. 161).

En la adolescencia temprana, la separación emocional respecto de los padres se inicia de manera casual e imprecisa más que como un propósito consciente o con una conciencia de fines. El deseo de independencia o de iniciar conductas de oposición o de rebeldía en contra de la autoridad, aparece de manera súbita, aprovechando los malentendidos, sugerencias, comentarios y críticas de los adultos hacia el arreglo, las actitudes o las conductas del adolescente.

La separación es un proceso en marcha. El alejamiento físico y emocional de los afectos primarios se va dando, y su rapidez o lentitud depende de los padres. Los adolescentes con frecuencia experimentan sentimientos de inseguridad, soledad y cierta melancolía. A menudo, confiesan que no saben qué hacer con su tiempo y a la vez tienen ansias de hacer muchas cosas y la motivación de conocer otras actividades por primera vez. También sienten flojera, indiferencia, apatía por satisfacer sus anhelos. Muchos relatan su deseo de no causar problemas a sus padres o mantenerse en polémica, pero sienten dentro de sí mismos “un impulso” a ser descorteses, ariscos o rebeldes frente a ellos. Les preocupa bastante ya no tener la confianza en sus padres, así como las dudas entorno, a éstos y otros adultos de los cuales antes dependían en cierta medida.

Lo anterior lleva al adolescente a tener carácter irritable y humor cambiante, y con frecuencia se separa de los padres, aunque los necesite. Pero algo es nuevo e importante: en su grupo de amigos, el adolescente descubre una fuente de apoyo para iniciar su aparición en el entorno social, y por ello en algunos casos las bandas de pertenencia forman una familia alterna, sobre todo cuando los integrantes provienen de familias disfuncionales o desintegradas.

En condiciones extremas, la violencia que ocurre dentro del ambiente interpersonal que vive el adolescente puede representar una manifestación de una coerción familiar intensa; se ha visto que se asocian signos de violencia en el adolescente con el miedo, la irritabilidad y la hostilidad. Algunas investigaciones han encontrado que los jóvenes delincuentes tienden a presentar sentimientos de grandiosidad, egocentrismo, impulsividad y carecen de habilidades de empatía, mostrando signos de ansiedad, depresión y soledad, aspectos conductuales asociados al trastorno de personalidad (Bailey, 2003).

“Muchos jóvenes inician una fase de exteriorización de ternura y emociones, primero con amigos del mismo sexo, por lo cual surgen miedos, sentimientos y en ocasiones juegos sexuales de carácter “homosexual”. Todo sentimiento sexual que no puede ser manejado de manera correcta, suele aflorar por medio de actitudes precoces, chistes sobre sexo o el inicio de la práctica de la masturbación. El contacto y las relaciones de amistad con el sexo opuesto son ocasionales, y se dan dentro del mismo grupo de camaradas” (Dulanto, 2000, p. 161).

Otros aspectos del crecimiento en la adolescencia temprana es el interés por aprender a pensar o reflexionar, sobre todo entre los jóvenes que cuentan con el apoyo y la orientación adecuada de adultos; en la secundaria aumenta la capacidad de estudio y el rendimiento escolar, en que se manifiestan las primeras operaciones mentales de tipo formal. El adolescente tiene un gran interés en sí mismo y preocupación y voluntad de razonar acerca de problemas personales, familiares, escolares y relativos a los amigos íntimos. Aumenta el grado de fantasía y los jóvenes llegan a sentirse como centro de atención en la familia y en la convivencia con los pares o en la escuela.



El adolescente trata de erigirse de autoridad propia y con frecuencia reta a la autoridad auténtica en la familia y escuela con el afán de definirse a sí mismo. Por ello, empieza a crear un espacio más privado y con mayor intimidad para sí, lo cual es normal y necesario. En consecuencia, lucha abiertamente con quien se interponga en su camino. De ese modo, algunas situaciones antes no conflictivas pueden convertirse en motivo de problema o de rivalidad con los miembros de la familia.

Al respecto de la adolescencia y su relación con la autoridad, en las dos últimas décadas, las actitudes negativas que presentan la mayoría de los jóvenes hacia la autoridad se ha exacerbado y se encuentra asociada con actos delictivos. Los estudios han reportado que las mujeres presentan una mayor actitud positiva a la autoridad en comparación con los hombres (Levy, 2001).

Por otra parte, el adolescente demanda estar solo en una habitación, lo cual se relaciona con el desarrollo previo de una territorialidad y la necesidad de privacidad, lo que sólo es posible en ciertos estratos socioeconómicos. Mientras la mayoría de los adolescentes comparten una habitación con otros familiares, ocurre que un pequeño espacio físico, un cajón y tres ganchos constituyen un territorio defendido o peleado en serio.

#### Adolescencia media

La mayoría ha logrado la transformación completa de la silueta corporal. La preocupación del cuerpo no desaparece del todo y puede reconocerse en el esfuerzo por convertirse en una persona atractiva, así como en el cuidado esmerado para estar a la moda, escoger la ropa y el arreglo personal. Los jóvenes están conscientes de que la apariencia física es la mejor tarjeta de

presentación y, con ese afán, hacen lo indecible para lograr pertenencia a ciertos grupos.

El número de sentimientos y el deseo de compartirlos con los amigos se acentúan y crecen. Esa actitud se convierte en desinterés por la familia, y los padres se percatan de ello por la ausencia cada vez más frecuente del adolescente en relación con el núcleo familiar. En consecuencia, los padres muy rígidos, posesivos y dominantes, experimentan conflictos de relación y sentimientos negativos que afectan de manera considerable el vínculo con sus hijos.

El estilo paterno autoritario puede tener una relevancia particular en la presencia de la delincuencia juvenil, ya que se ha observado que los adolescentes con mucho tiempo libre, y con escasa supervisión paternal, tienen una pobre ejecución académica, una mala adaptación, por lo que tienden a incidir en conductas delictivas (Levy, 2001).

La adolescencia media es el momento en que el ser humano se obstina por pertenecer a un grupo determinado, en el afán de ser reconocidos. La necesidad de identidad grupal crece de manera desmedida en muchos casos y entonces se dan con facilidad y sin restricción las conversiones a la subcultura del grupo con el cual se vinculan. Los jóvenes en tales circunstancias suelen aceptar los valores y las prácticas de sus amigos sin cuestionarlos; se convierten en comparsas sumisas de ellos con el ansia de lograr “una nueva seguridad” que supla la pérdida parcial o total en su desvinculación familiar (Dulanto, 2000).

Asimismo, la disposición se manifiesta hacia la relación social y afectiva de índole heterosexual u homosexual. Se dan los ensayos de citas, noviazgo,

caricias amorosas, preferencia hacia pares del sexo opuesto y es la época más frecuente del inicio del coito. Sin embargo, es posible observar en las últimas décadas en México, en la práctica clínica, el inicio temprano del coito en los adolescentes de 12, 13 y 14 años de edad, que corresponde al periodo de la adolescencia temprana.

Desde el punto de vista cognoscitivo, la capacidad de abstracción y el razonamiento se amplían de manera notable. Los jóvenes desarrollan gran capacidad y crecen en el poder de respuesta al trabajo escolar. El aumento de la facultad intelectual, y sobre todo de la creatividad en cualquiera de sus formas. Un nuevo cambio rige de manera parcial la conducta de los jóvenes, están obligados a asumir valores en la práctica de su comportamiento, ese cambio es la moral convencional, que regula el comportamiento de los individuos en la sociedad.

Asimismo, las pretensiones vocacionales no son ya tan idealizadas y bajan al plano de la realidad. Con frecuencia se reconocen las limitaciones y falta de capacidades personales; en función de la personalidad y el carácter del joven, esto produce frustración, baja autoestima y abandono escolar. El tipo de respuesta por lo general se relaciona con el autoconcepto y las expectativas personales o familiares por largo tiempo conocidas, aceptadas o temidas por el joven.

Un estudio realizado en Estados Unidos por Masi, Marcheschi y Pfanner (1998), señaló que el adolescente con una cognición débil también es una población de alto riesgo psicopatológico. Esta incapacidad cognitiva provoca que el niño y el adolescente se sientan deprimidos por su escaso o limitado rendimiento escolar, que genera sentimientos de frustración e incapacidad, al no obtener los logros suficientes y no cumplir las expectativas de los padres,

así como la limitada aceptación social de sus congéneres, y son condiciones que influyen en el deterioro de la autoestima. Por tanto, es frecuente encontrar alteraciones de las emociones y el comportamiento en aquellos adolescentes que se perciben con alguna incapacidad.

En general, los jóvenes adolescentes viven una etapa propensa a experimentar y desarrollar el sentimiento de omnipotencia, lo que lleva a muchos a adoptar un comportamiento de alto riesgo. Por ello, y en función del estilo de vida y el núcleo de pares, los jóvenes con mayor libertad o con medios familiares de poco apoyo, suelen involucrarse en conductas antisociales, en posibilidad de accidentes, alcoholismo, uso de drogas y contactos sexuales frecuentes sin protección, que los hace susceptibles a embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual (Páramo, 2011).

Los adolescentes más desprotegidos o con problemas familiares atraviesan la subetapa en condiciones vulnerables. Por consiguiente, toda conducta o programa preventivo en los campos escolares, de esparcimiento y recreación donde se congregan los jóvenes, es de beneficio personal y social incalculable (Dulanto, 2000).

#### Adolescencia tardía

En la adolescencia tardía, el cuerpo y la apariencia personal desaparecen del plano de los grandes problemas y se convierten en inconvenientes ocasionales, persistentes sólo en casos de anormalidad o defecto corporal. La adolescencia tardía, se caracteriza como un periodo en el que el individuo busca lograr la sensación de autonomía psicológica de sus padres, realizando

exitosamente un número de tareas claves que son importantes dentro de la preparación para los papeles de adulto. La autonomía e independencia personales están en vías de lograrse por completo. Por ello, la conducta conciliatoria con los padres y los adultos aparece y se manifiesta en una tendencia a la aceptación nueva del diálogo sereno y la atención hacia sugerencias y consejos.

La mayor parte del tiempo, las relaciones con los padres son ya armónicas a pesar de la separación intensificada; pero el encuentro con la identidad también crece con un claro sentido personal. Sin embargo, los jóvenes todavía con mucha problemática personal o familiar presentan una resistencia clara a aceptar responsabilidad y muchos reflejan conductas de negación al crecimiento. Esto puede observarse en la falta permanente de disposición a mantener relaciones responsables, así como en el rechazo a vincularse con efectividad en actitudes comunes a los adolescentes, relativas a líneas de trabajo, estilo de vida y relación social. Así, los jóvenes se inician en esa conducta más tarde identificada en “el grupo de los que están siempre en contra de todo y a favor de nada”.

#### 1.4. Identidad, socialización y adaptación

“Una de las tareas fundamentales de la adolescencia es la formación de la identidad. La identidad es un sentido coherente de individualidad formado a raíz de la personalidad y circunstancias del adolescente. Sin embargo, esta definición escasamente ayuda a explicar este complicado concepto. La identidad del adolescente se desarrolla en silencio con el paso del tiempo, mientras muchas pequeñas partes del yo se unen de forma organizada. Estos

elementos pueden incluir aspectos innatos de la personalidad, rasgos desarrollados de la misma, como la pasividad, la agresividad y la sensualidad; talentos y habilidades; identificación con modelos, ya sean paternos, de los compañeros o de personajes culturales; modos de enfrentar los conflictos y regular a la conducta, la adopción de papeles sociales, vocacionales y de género consistentes. La formación de la identidad es una tarea de por vida que tiene sus raíces en la primera niñez, pero que ocupa un puesto relevante en la adolescencia. En ese momento, el desarrollo físico, las habilidades cognitivas y las expectativas sociales del joven maduran lo bastante para hacer posible que se forme una identidad madura” (Erikson, 1971).

El término identidad significa la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás. La interrogante ¿Quién soy yo? se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido. La lucha por “encontrarse a sí mismo” puede revestir una gran variedad de formas; la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logros especiales, o la identificación con otros. Por lo tanto, la rebelión en contra del grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de identidad. Algunos adolescentes logran su identidad rechazando el ambiente en que viven e independizándose. Otros adolescentes afirman su identidad asimilando y comportándose de acuerdo con los valores de su ambiente. En este último caso puede estar incluida la identificación con el padre, la madre o con los hermanos y la asimilación o aceptación de las conductas de ellos (Erikson, 1971).

Un estudio realizado en Estados Unidos por Santor y Youniss (2002) examinó la relación entre la identidad de logro en el adolescente y el apoyo parental, el

monitoreo social y el monitoreo escolar entre 1, 012 estudiantes del décimo y décimo segundo grado escolar. El objetivo en esta investigación fue aclarar la relación entre el género y la identidad de logro en el adolescente. Se encontró que el apoyo parental y el monitoreo social de actividades escolares fueron predictores significativos de la identidad de logro a través de la edad y el género. Los resultados también sugirieron que la asociación entre compromiso parental y la identidad de logro son diferentes por género y estos cambios se dan en relación con la edad.

La adolescencia es un proceso en el que las elecciones definitivas se posponen mientras se integran los distintos elementos de la identidad. En ese tiempo los jóvenes pueden explorar diversos campos, tratar de encontrar algo que encaje con sus propias necesidades, intereses, capacidades y valores. La mayoría no sabe mucho sobre su porvenir, sus alternativas o sobre la irreversibilidad de algunas decisiones. No obstante, todas las elecciones de los adolescentes contribuyen a forjar la identidad. Los factores socioeconómicos pueden ampliar o constreñir la gama de posibilidades y los contextos subculturales, las presiones de los compañeros o situaciones familiares pueden influir en el adolescente.

Algunos jóvenes, especialmente aquellos que cursan estudios superiores, atraviesan una moratoria tan larga que entran en la primera etapa adulta antes de haber completado el proceso de la identidad. La mayor parte de los estudiantes universitarios no sólo prolongan la dependencia de sus padres, sino que también las decisiones referentes a la profesión y el matrimonio. La experiencia universitaria en sí misma puede tener un considerable efecto en sus opiniones político-sociales y en la elección de sus compañeros. El proceso de forjar una identidad es bastante distinto para los que pasan del instituto a un trabajo a tiempo fijo. Cuando este proceso no se desarrolla con

normalidad –como cuando una serie de conflictos hacen que las opciones sean difíciles o incluso imposibles-, el resultado es una identidad confusa, en la que el joven no se compromete a nada (Hoffman, 1996).

Por otro lado, Marcia (1966) identificó dos dimensiones en el proceso de identidad: la exploración y el compromiso. La exploración implica la consideración activa de posibles alternativas de elementos de la identidad en una búsqueda por un sentido más complejo del sí mismo, mientras que el compromiso representa una decisión de adherirse a un conjunto específico de objetivos, valores, y creencias, auto-iniciados o adoptados de otros. Basado en estas dos dimensiones, Marcia, propuso cuatro estados de identidad, cada uno de los cuales representa una yuxtaposición de los niveles de exploración y compromiso, y son: compromiso, moratoria, difusión y construcción.

El adolescente persigue metas ideológicas y profesionales, en ocasiones son elegidas por otros – padres o compañeros- (Las metas ideológicas pueden ser religiosas y/o políticas). Los jóvenes comprometidos experimentan una crisis de identidad, porque han aceptado sin objeciones los valores y expectativas de los demás. En la moratoria, las opciones finales se posponen y el adolescente se debate con temas profesionales o ideológicos. Está pasando una crisis de identidad. En la construcción de la identidad, el joven finaliza el esfuerzo, realizado para la elección y persigue metas profesionales o ideológicas. Sin embargo, en la difusión de la identidad, los adolescentes pueden haber intentado tratar con estos temas (o haberlos ignorado), pero no han tomado decisiones y no están particularmente preocupados por aceptar compromisos (Schwartz, Mullis, Waterman & Dunham, 2000).

Los que atraviesan un período de moratoria parecen haber tomado el camino preferido antes de construir la identidad –al menos en las culturas



contemporáneas-. Este tipo de jóvenes suelen ser más independientes, seguros de sí mismos, flexibles y creativos intelectualmente. Aquéllos cuyas identidades se forjan en la adolescencia tienden a necesitar la aprobación de los demás; son conformistas y respetuosos con la autoridad, son más religiosos y se comportan de un modo más estereotipado que otros jóvenes (Hoffman, 1996).

Por otro lado, como se ha observado, la adolescencia es una etapa en la que los individuos llegan a separarse de sus padres, desarrollan su nueva identidad y toman nuevas responsabilidades. Estos procesos han sido referidos como individuación, independencia, autonomía y desapego.

La teoría psicoanalítica, ha propuesto que la autonomía y el desapego de los padres es necesaria para el desarrollo seguro de una sensación de identidad (Blos, 1971). Asimismo, los teóricos del desarrollo (Grotevant & Cooper, 1985) han sugerido que la salud en la autonomía ocurre en el contexto de una continua relación positiva con los padres.

Un estudio realizado en Estados Unidos con 145 niños (octavo y noveno grado escolar) y sus madres, reportó que existe una relación significativamente moderada entre la depresión materna y la autonomía emocional y la adaptación del adolescente. Entre hijos de madres depresivas se encontraron altos niveles de autonomía emocional (desapego) que pronosticaron incrementos significativos en la internalización y externalización de problemas. La autonomía puede involucrar separación física, material y emocional de los padres. La autonomía emocional, ha sido conceptualizada como un proceso adaptativo de desarrollo en el cual los adolescentes requieren de una menor dependencia de sus padres (Garber & Little, 2001).

En la adolescencia, los estilos de apego adquieren una importancia especial, ya que es un periodo evolutivo en el que se establecen vínculos intensos de amistad y de pareja; también se incrementa la capacidad reflexiva sobre uno mismo y los demás, lo que favorece que se revisen los vínculos establecidos con los progenitores o figuras sustitutivas; la relación entre apego y salud mental está sólidamente establecida (Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre, 2014).

Un apego seguro permite a la persona conseguir con facilidad proximidad, confianza y reciprocidad en las relaciones íntimas, relaciones más abiertas, productivas y flexibles favoreciéndose así un funcionamiento psicosocial favorable (McLewin & Muller, 2006). Los adolescentes y jóvenes en los que predomina un apego seguro tienden a ser más abiertos, autónomos y socialmente aceptados, presentan menos sintomatología depresiva, menos conductas delictivas y en general niveles más bajos de psicopatología (Allen, Porter, McFarland, McElhaney & Marsh, 2007). Por el contrario, los apegos inseguros (*temeroso, preocupado, evitativo*) se asocian a mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, dificultades de relación y de adaptación, y en general, a un mayor riesgo de desarrollar trastornos (Keskin & Cam, 2010; McLewin & Muller, 2006; Soares & Díaz, 2007). Específicamente el apego *evitativo* se relaciona con trastornos de conductas delictivas y rasgos esquizoides (Camps-Pons, Castillo-Garayoa & Cifre, 2014).

Los adolescentes con una alta autonomía emocional pero un bajo apoyo paternal, tuvieron más problemas en la adaptación. La autonomía emocional es un “constructo relacional” y puede ser considerada en el contexto de otros aspectos de las relaciones padre-adolescente (Garber & Little, 2001).

Los investigadores han observado que los procesos de formación de identidad siguen caminos distintos en cada sexo. Al entrevistar a los chicos al final de sus estudios, los que habían alcanzado una identidad profesional solían ser enérgicos, preferir las dificultades y retos, y les preocupaba poco lo que los demás pensarán sobre ellos. Las chicas que habían alcanzado una identidad profesional eran distintas: creían que trabajar duro era importante, pero evitaban la competencia (Hoffman, 1996).

Otro aspecto de la formación de la identidad es el proceso de individualización. Mientras los adolescentes construyen la identidad, se separan emocionalmente de sus padres y transfieren parte de su afecto a los compañeros. Algunos fracasan en esto y siguen siendo dependientes emocionalmente de sus progenitores. Otros pueden estar emocionalmente desapegados de sus padres, pero fracasan en tener confianza en sí mismos y en ser autónomos. Puesto que emocionalmente no son independientes, confían demasiado en sus compañeros. Cuando sucede esto, la distancia emocional puede ir acompañada de un bajo rendimiento escolar, experiencias sexuales prematuras y consumo de drogas (Hoffman, 1996).

Idealmente, el adolescente no ha de estar completamente involucrado en la familia ni totalmente desvinculado; ha de encontrar un equilibrio entre las dos posturas y hacerse un individuo. El adolescente individualizado todavía está apegado a los padres, pero no depende de ellos, es receptivo a sus necesidades y deseos, pero autónomo (Hoffman, 1996).

#### 1.4.1. Socialización en el adolescente

En el proceso de socialización el individuo aprende a adaptarse a las normas, costumbres y tradiciones del grupo, la persona desarrolla un sentido de identidad, la capacidad de relacionarse socialmente y la cooperación. Esta adaptación social se reviste de gran importancia en la adolescencia porque además de satisfacer el deseo de logro social del adolescente, determinará también lo que él será socialmente en la adultez (Inmaculada, 1988).

“La socialización es el proceso de aprendizaje de la conformidad a las normas, hábitos y costumbres del grupo. Es la capacidad de conducirse de acuerdo con las expectativas sociales” (Hurlock, 1994, p. 122). Una de las razones más importantes para fomentar la socialización en el adolescente es que el patrón de adaptación social establecido en la adolescencia, quizá determine su nivel de socialización para el resto de su vida.

Para determinar si un joven es social, asocial o antisocial ha de juzgársele tanto objetiva como subjetivamente. Se lo juzga objetivamente en función de su conducta, y subjetivamente en función de sus sentimientos y actitudes.

Pueden emplearse cuatro criterios para considerar a un adolescente social: 1) una conducta que se conforma a las normas aprobadas por el grupo; 2) un desempeño correcto de la función social prescrita por el grupo; 3) actitudes sociales que lleven a la conducta aprobada, y 4) satisfacción personal derivada de la conducta social. Un adolescente asocial es aquel que, debido a una limitada capacidad de estrategias interpersonales de expectativas sociales, no puede adaptarse a uno o más de los criterios de una persona social. Por el contrario, un individuo antisocial es consciente de las

expectativas sociales, pero no se conforma a ellas, porque por una u otra causa no lo desea.

Las pautas para guiar al adolescente hacia el dominio de las expectativas sociales se expresan en función de tareas evolutivas. El grupo cultural, como todo grupo subcultural, establece sus propias normas con sus propias pautas para ayudar al adolescente a realizar la transición desde las actitudes y la conducta social de la infancia, a las que se consideran propias del adulto.

Muchos son los factores que contribuyen a las dificultades que tiene el adolescente para reemplazar las actitudes y la conducta social propias de la infancia, por otras formas más propias del adulto. La preparación insuficiente y la identificación con personas mal adaptadas en los años formativos proporcionan bases deficientes sobre las cuales no es posible construir en la adolescencia las pautas de conducta social propias del adulto.

Los padres y docentes creen que el adolescente se convertirá automáticamente en un individuo mejor socializado. Muchas veces los modelos proyectados por los padres y por los medios masivos de comunicación son inadecuados porque sus pautas de conducta no corresponden a las normas grupales aprobadas. Los diferentes grupos sociales cuentan con normas de conducta distintas aprobadas, esto le causa al adolescente confusión e inadaptación.

La escasa oportunidad de los contactos sociales por falta de dinero o de tiempo, hacen que el adolescente no participe en actividades propias de su edad y estará privado de oportunidades para aprender a ser social. También el adolescente que obtuvo poca satisfacción de los contactos sociales cuando era niño, tendrá escasa motivación para dedicarse a las actividades sociales.

La transición en la socialización se acelera normalmente en la última etapa de la adolescencia. El ambiente en que se desempeña el adolescente le proporcionará no sólo más ocasiones de aprender las pautas de conductas propias del adulto sino modelos para imitar. La transformación a la socialización durante la adolescencia termina en madurez legal. De acuerdo con lo señalado por Hurlock (1994), los cambios se deben verificar en cinco áreas principales: agrupamientos sociales; amigos; trato de los amigos; líderes; y actitudes y comportamiento social.

El desarrollo de cualquier adolescente entraña una interdependencia entre el crecimiento físico y la consolidación psicológica. Durante este periodo, aunado al proceso de socialización se produce una estructura de personalidad que le servirá al individuo como una base a partir de la cual desarrollará los cambios posteriores que lo caracterizarán toda su vida. La personalidad se convierte en un factor que condiciona y limita la conducta individual.

La personalidad de un individuo depende de la integración, o desintegración, de muchos componentes. La singularidad de cada individuo dentro del campo de la conducta depende del número de componentes, de los cambios y combinaciones de éstos, y de las relaciones e integraciones que orientan la conducta.

Es decir, existen patrones en cualquier población, debido al ambiente que comprende condiciones comunes de educación y de antecedentes en la niñez. En términos probabilísticos, es razonable esperar, con un alto grado de confiabilidad, la presencia o ausencia de ciertos factores de la personalidad o tendencias conductuales. Sin embargo, cualquier individuo puede mostrar una marcada desviación, aun cuando las probabilidades normativas de su grupo

hagan poco probable este hecho. Si bien una persona no puede vivir ajena a las circunstancias ambientales, algunas son fortuitas.

En relación con la personalidad del adolescente, existen coincidencias de tiempo, de lugar y de eventos, que pueden dar origen a condiciones que a su vez ocasionen cambios en las tendencias conductuales del individuo. Las combinaciones entre los rasgos de la personalidad y las condiciones ambientales pueden caracterizar la personalidad de forma particular. Sin embargo, no es imposible afirmar que la personalidad de todos los adolescentes sea similar bajo determinadas condiciones. Las relaciones solo pueden ser válidas en términos de probabilidad para una determinada población.

#### 1.4.2. Amigos en la adolescencia

Entre los cambios importantes en la adolescencia se encuentran los amigos. Las actitudes del adolescente se reflejan en su deseo de elegir sus propios amigos, en la cantidad de éstos, en las cualidades que quiere ver en ellos y en el deseo de que las amistades pertenezcan a ambos sexos.

Es probable que no tenga satisfacciones con amistades del otro sexo, cada vez adquiere mayor capacidad y habilidad para relacionarse. Un amigo debe ser alguien en quien se pueda confiar y de quien sea posible depender, alguien con quien se pueda conversar y cuyos intereses sean similares a los propios. En la adolescencia temprana el número de amigos es un signo de popularidad. Los amigos son una ayuda muy importante en el momento en que se tiene que establecer la propia identidad, contra la difusión o

ambigüedad. Ello dependerá del patrón cultural de la comunidad (Hurlock, 1994).

Los grupos sociales ofrecen reputación que contienen o representan los estereotipos conductuales y personales de los miembros del grupo. Los estereotipos difieren de acuerdo al miembro del grupo al que pertenecen. Una de las mayores funciones del grupo es que le sirve al adolescente para poder seleccionar amigos que sean similares a éste. La reputación del grupo social o de los miembros, puede indicar que el adolescente elegía a otro como su igual y por lo tanto como potencial amigo. Es decir, la reputación sirve como resguardo de la amistad potencial que el adolescente pueda tener con otros (Urberg, Degirmencioglu, Tolson & Halliday-Scher, 2000).

La investigación realizada por Urberg *et al.*, (2000) en Estados Unidos examinó los diversos aspectos de la construcción de los grupos sociales en 489 adolescentes blancos de séptimo, noveno y onceavo grado; donde sus principales metas fueron analizar: a) la congruencia entre el sí mismo y los iguales miembros del grupo y b) los servicios del grupo social como guía en la amistad del adolescente. Se encontró que el 83% de los adolescentes se identificaron con algún grupo social determinado, el 53% de los adolescentes se auto-identificó con su grupo social identificado; se observó que si el sí mismo y el grupo designado fueron razonablemente congruentes. Por último, se notó que los adolescentes reportaron una mayor simpatía y amistad con aquellos miembros de los grupos que se identificaban con ellos.

En la adolescencia la estabilidad entre amigos es necesaria para producir al individuo un sentimiento de seguridad y de satisfacción emocional. El adolescente desea amigos con los que pueda contar, leales y fieles. En la



ausencia de amigos, experimenta una gran angustia, dado que se presentan como un referente de su adaptación social.

Otra investigación realizada en Estados Unidos en 79 escuelas privadas suburbanas, llevó a cabo un estudio comparativo para determinar diferencias entre los adolescentes que valoran la calidad de sus relaciones con sus padres y contemporáneos como altas o bajas. Los resultados mostraron que los adolescentes con puntajes altos en su relación con los padres y contemporáneos tenían más amigos, mayor armonía familiar, menos nivel de depresión, menor uso de drogas y un alto promedio en el grado escolar (Field, Diego & Sanders, 2002).

Cualesquiera que sean las bases psicológicas para la formación de la amistad, se ha demostrado que la estabilidad de las amistades aumenta con la edad. También se ha demostrado que la mayor estabilidad que se da es con la edad y se relaciona con el nivel mental (Mckinney, Fitzgerald & Strommen (1982).

La estabilidad del vínculo amistoso varía para miembros de ambos sexos y para la totalidad en ciertos periodos de los años adolescentes. Las mujeres y hombres también se diferencian en el nivel de identidad con sus amistades. En general, las amistades femeninas involucran más intimidad que las amistades masculinas. Es más probable que las mujeres revelen pensamientos y sentimientos a sus amigos y busquen consejo, que los hombres. Además, las mujeres reciben más apoyo y mayor comprensión de sus amigos (Black, 2000).

Por lo que se refiere a la competencia social, ésta desempeña un papel tan importante en la adaptación social del adolescente, que ocupa un factor

compensatorio de la conducta asocial y hasta en la antisocial con situaciones de violencia escolar. Es así, como el adolescente de modales agradables será popular entre las chicas, aun cuando se niegue a cooperar y su carácter sea egocéntrico. Respecto a la adolescente socialmente sofisticada, hallará aceptación entre varones de su misma edad, menos competentes en aptitudes sociales; en tal sentido. Ser popular con miembros de sexo opuesto lleva a tener prestigio en el propio grupo; en consecuencia, la competencia social afecta las relaciones sociales que el adolescente mantiene con los individuos de ambos sexos.

La competencia social confiere al joven equilibrio y confianza en sí mismo, aspectos que son de gran valor en cualquier circunstancia social. Estas cualidades, agregadas a la buena impresión que transmite con sus aptitudes sociales, llevan a crear un ambiente de aceptación y aprobación, que puede extenderse fuera del grupo de pares.

#### 1.4.3. Aceptación social

Las presiones sociales determinan en gran parte la forma que asumen la modificación de actitudes y la conducta social. Estas presiones se originan principalmente en el grupo de pares. El adolescente trata de cambiar sus actitudes y su manera de conducirse a manera de conformarse a las normas establecidas por el grupo con el cual quiere identificarse.

El cambio más notable en la conducta social se observa en el área de las relaciones heterosexuales. El adolescente olvida el antagonismo intersexual de la infancia y desarrolla un agudo interés por el sexo opuesto. En las mujeres, esto ocurre a principios de la adolescencia, mientras que, en los

varones, el hecho se manifiesta alrededor de un año después, debido a que su maduración sexual se logra más tarde.

Cuando el adolescente adquiere mayor confianza en sí mismo, hacia la mitad del período, tiene lugar el deseo de aprobación y de atención. Por lo que desea convertirse en un individuo por derecho propio y, al mismo tiempo, alcanzar una posición en su grupo, descubre entonces que debe atraer la atención del conjunto hacia sí mismo (Hurlock, 1994).

Son pocos los adolescentes satisfechos con su personalidad o con las transformaciones que obtuvieron, es difícil el proceso de agradarse y aceptarse. La autoaceptación, es el grado en que un individuo, después de considerar sus características personales, puede y está dispuesto a existir con ellas (Hurlock, 1994).

Se sabe que el individuo que se rechaza a sí mismo, no se quiere. Tiende a despreciarse y a creer que otros lo ven con hostilidad y menosprecio; no confía en sí mismo, ni en sus sentimientos y actitudes; y su autoconcepto oscila de acuerdo con el trato que le dan los demás; por lo general siente aversión hacia su persona. Los adolescentes se inclinan a tener objetivos y aspiraciones carentes de realismo. Tal disparidad entre lo que son y lo que les gustaría ser, hace difícil la autoaceptación. Es decir, cuanto más pequeña sea la discrepancia entre el autoconcepto real e ideal, tanto menos se rechazará el adolescente y menor necesidad tendrá de defender su yo.

El grado de autoaceptación o de autorrechazo que experimente el adolescente está influido por su ambiente. Si vive en un hogar donde los padres imponen su disciplina sobre los hijos, o si se le obliga a permanecer en una escuela año tras año, pese a que en ella se le somete a prejuicio y a

discriminación, se ve expuesto constantemente a crítica y a la descalificación, ignorando sus cualidades, entonces en el joven se vivirá autorrechazo y una escasa autoaceptación.

La mala adaptación es mucho más frecuente en la adolescencia de lo que generalmente se cree tanto por los padres, los educadores y los especialistas relacionados con el adolescente. Muchos jóvenes considerados “normales” no están dispuestos a la convivencia y tienen problemas de adaptación personal y social: por lo que en ocasiones rinden académicamente por debajo del nivel normal; otros realizan tareas deficientes como estudiantes o trabajadores, la mayoría tiene pocos amigos, y casi todos son infelices tanto en el hogar como en las relaciones sociales; y se agrupan entre ellos bajo la necesidad de una identificación con aquellos que al parecer se perciben como sus iguales.

El adolescente será capaz de aceptarse si se ve como un individuo querido, necesitado por otros y fundamentalmente digno; si desempeña sus papeles propios de su edad con satisfacción. Su autoaceptación lo llevará a una conducta indicativa de adaptación. Cuando la adaptación es buena, el adolescente disfruta de “armonía interior”; está en paz consigo mismo y con los demás; experimenta logros y tiene metas objetivas.

Una de las principales razones para que el joven se acepte aun cuando sepa que no es perfecto es que los demás lo acepten. El adolescente bien adaptado realiza buenos *ajustes sociales*. Puede identificarse con otras personas y mantener armoniosas relaciones con ellas. Tiene la voluntad de conformarse a los valores de otros; no es celoso ni intenta dañar la posición de nadie; no es agresivo, áspero ni crítico con los demás; tampoco pierde la calma ni se deprime con facilidad cuando las cosas no salen como quisiera.

La buena adaptación depende de la autoaceptación; un estado de bienestar psicológico sólo puede alcanzarse cuando la persona está razonablemente satisfecha consigo misma. Buena parte de la infelicidad que experimenta el joven desaparecerá si éste tuviese un concepto más sano y más realista de sí mismo. El adolescente que puede verse tal como es –no como quisiera ser o como su familia y sus amigos quisieran que fuese- realizará adaptaciones a la vida mucho más satisfactorias que aquel cuyo concepto de sí mismo ha sido deformado (Hurlock, 1994).

El bienestar se define como el grado en que una persona juzga globalmente su vida en términos favorables e indica la manera en que la persona evalúa la vida, con la inclusión de la satisfacción personal, la ausencia de síntomas depresivos y las experiencias positivas. El bienestar tiene variaciones circunstanciales en función de los efectos predominantes personales, sociales y culturales (Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010).

Generalmente el bienestar ha estado asociado a estados emocionalmente positivos; pero el bienestar es un conjunto mucho más amplio que la simple estabilidad de los estados emocionales positivos a lo largo del tiempo. Es una dimensión evaluativa, que vincula la valoración que cada persona hace con el estilo de vida. Ryff y Keyes (1995), consideran que el bienestar no es ausencia de malestar o de trastorno psicológico; por el contrario, tiene otros componentes como la autorealización, el significado vital, ciclo vital y funcionamiento vital óptimo. Otros autores relacionan el bienestar con la personalidad, con la calidad de las relaciones interpersonales sociales, las relaciones familiares positivas y la autoestima (Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010).

Es posible afirmar que tres factores contribuyen al autoconcepto y, por consiguiente, a una adecuada adaptación. Son la aceptación de los demás, el afecto y el rendimiento. Así, una persona sólo puede ser feliz si cree que otros la quieren y la aceptan; la aceptación social está acompañada del afecto, y la medida del afecto depende del nivel de aceptación; el afecto de los demás contribuye a la fuerza del yo, o sea la capacidad del individuo para enfrentar los problemas de la realidad. Por lo que el estado de bienestar psicológico, llega al adolescente sólo cuando recibe afecto de las personas significativas para él.

Un elemento más de ese bienestar es el desarrollo de habilidades y la obtención de logros que deberán conformarse a las expectativas del adolescente y lo colocan en una posición prestigiosa a los ojos de los individuos que importan en su vida. Si el joven tiene niveles de aspiración realistas tendrá posibilidades de alcanzar sus metas. Esto lo hará feliz. Si los resultados son superiores a los esperados, se sentirá más complacido aún. El grado de satisfacción que derive de sus logros, dependerá en gran medida del prestigio asociado a ellos.

## II

### LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE

La principal relación emocional que establece el ser humano y la primera que descubre al nacer, es la familia. Y es justamente, el entorno que conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto. Aproximarnos al estudio de la estructura de la familia, su conceptualización y sus funciones, permite conocer la forma en que el adolescente se integra a ella. La familia puede ser en sí, un elemento que promueve la salud física y psicológica, u origina y causa problemas.

Existen diversas aproximaciones conceptuales, el término familia, significa realidades diversas sobre la familia: a continuación, se expondrán algunas de éstas:

Por familia se entiende un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en lo que se considera su hogar, se intercambia afecto, valores y se otorga mutua protección. Ackerman en 1998 propone que la familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio. Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales; estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar.

Leñero en 1994 también señala que la familia tiene, al mismo tiempo, una naturaleza dual de carácter social, público y privado: condensa en su seno a

la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma como una institución clave en la operación social.

La familia ha tenido transformaciones tanto en su estructura como en su funcionamiento, las cuales responden a las necesidades de la vida actual a partir de las condiciones sociales. Se transforma movida por el mismo impulso de búsqueda de subsistencia y superación humanas. Por ello, la familia aparece como respuesta a las necesidades básicas del ser humano, de protección y crianza en la primera edad, realización y expansión reproductivas durante la madurez, y reconocimiento y protección en la vejez. La familia figura como espacio vital de intimidad en que los seres humanos pretenden conjugar la identidad personal con la expresión emotiva y afectiva propia que establecen en un momento determinado.

## 2.1. Tipos de familias

La familia en ocasiones es el funcionamiento complicado de una casa, compuesta de todos los que viven bajo un mismo techo. Más aún, surgen nuevas formas en que se constituyen las familias que dan lugar a diferentes estructuras familiares, como el caso de las familias que se conforman con un sólo padre, las familias con el divorcio de los padres, las familias reconstituidas y las familias desintegradas. En México el INEGI, reporta como integradas las familias en su situación conyugal: casadas 40.5%, solteras 35.2%, unión libre 14.4%, viudos 4.4%, separados 3.7% y divorciados 1.5% (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI).



### 2.1.1. Familia extensa

Este es un grupo familiar residente en un sólo hogar. A veces con subunidades habitacionales para los diversos núcleos integrantes, pero siempre con una economía y servicios compartidos. La familia se compone al menos por tres generaciones biológicas. Puede adoptar la modalidad patriarcal en donde el padre o abuelo representa la máxima autoridad, a veces única y autocrática, u otras variantes significativas como la matriarcal o de mayorazgo. Es importante resaltar que el principio del respeto por la lealtad del lazo consanguíneo es la base de la familia extensa propiamente dicha, quedando condicionado el matrimonio a ese lazo y no al revés (Ackerman, 1998).

El papel de todos y cada uno de los miembros obedece a su compromiso con los de su sangre. De ese principio de hegemonía consanguínea se derivan todas las normas familiares, incluso las relacionadas con la división del trabajo y con la dependencia femenina, a menudo reconocida de manera formal y real dentro de la familia; con frecuencia la mujer es quien dispone el orden doméstico del hogar. Cualquier decisión trascendente para cada uno debe concebirse y tomarse por la familia como unidad. Más que los individuos, la comunidad familiar es el sujeto verdadero de las acciones individuales. La falta de reconocimiento de lo anterior y la deslealtad hacia el grupo pueden significar la afrenta mayor para la familia e incluso la posible expulsión de un miembro del seno familiar con una carga moral de sanción en extremo pesada. La familia se desintegra cuando los hermanos entran en conflicto y sobre todo cuando se rompen las relaciones paternas. Sin embargo, la familia para sobrevivir cuenta con varias imágenes femeninas y masculinas, maternas y paternas, fraternales y de parentesco que sirven como

modelos plurales de formación y socialización interna e integrada (Ackerman, 1998).

### 2.1.2. Familia semiextensa, compuesta o mixta

Esta familia se encuentra como tipo característico entre dos modelos polarizados: la familia extensa y la familia nuclear. En realidad, casi todas las familias adoptan este modelo durante algún periodo de su ciclo vital (Dulanto, 2000).

1. En una primera etapa de construcción de nuevas parejas conyugales, es decir, antes de tener capacidad económica para montar una vivienda propia.
2. Al finalizar la etapa familiar, es decir, cuando los hijos se separan, uno de los padres enviuda y se acoge en casa de algún hijo casado o aparece algún otro pariente.

La incorporación a una familia nuclear de uno o más parientes cercanos, y a veces más lejanos, de hecho, responde al mismo principio de lealtad de los lazos consanguíneos; pero, en este caso también surgen pautas de integración y jerarquización de valores propias de la familia nuclear conyugal.

La desintegración de una familia con lazos consanguíneos extensos no impide conservar el perfil y las normas consanguíneas de convivencia, ni aun cuando se carezca de una autoridad mayor para precisar la unidad de grupo. Sin embargo, es frecuente la aparición de desajustes y pugnas de autoridad o pleitos y envidias; incluso pueden surgir tensiones porque el aporte económico no es el mismo en todos.

Otro aspecto a considerar es el abuso sexual o el incesto, los cuales no son fenómenos raros, se mantienen en el silencio de la complicidad cuando se trata del incesto y el abuso sexual, el cual sucede en ocasiones, cuando falta alguno de los progenitores y sobre todo, sí existe un ambiente familiar disfuncional que revela el fracaso de la función protectora de las familias (Almonte, Insunza & Ruiz, 2002).

### 2.1.3. Familia nuclear conyugal

Este tipo de familia fue el prototipo de familia durante el siglo pasado. Consiste en una unidad doméstica formada en exclusiva por papá, mamá e hijos solteros. Parece que la plenitud de la vida familiar sólo se obtiene con la pequeña intimidad formada por personas de una generación y media; porque se espera que los hijos no permanezcan sino hasta su juventud inicial y también se considera natural que los viejos vivan solos o con algún hermano ya sea soltero o separado de su pareja (Dulanto, 2000).

La búsqueda de realización plena y autónoma respecto de las demás familias, se refleja en los siguientes aspectos de la familia nuclear conyugal: el anonimato frente a los vecinos y los extraños; la focalización sobre el matrimonio que la constituye y del cual depende toda la dinámica; la fundamentación sobre el lazo de sangre. La unión entre los esposos se mantiene durante toda la vida en la etapa marital afectuosa adulta e incluso después de la experiencia progenitora (Dulanto, 2000).

Sin embargo, de acuerdo con lo reportado en el documento Nuevas Formas de Familia, publicado por la UNICEF en 2003, donde Furstenberg señala que el modelo de familia nuclear se volvió cada vez más inalcanzable, no tanto porque la gente creía menos en él, sino porque para una porción creciente de población resulta cada vez más difícil ajustarse a las formas de

comportamiento esperadas. Situaciones como el aumento en el número de divorcios, las relaciones sexuales prematrimoniales, el contraer un matrimonio forzado frente a un embarazo, la cohabitación y la procreación extramarital; la mayor permanencia en el sistema educativo y el ingreso al mercado laboral de las mujeres, la ausencia del padre, el empobrecimiento de los salarios (Furstenberg, 2003). Así como, la ampliación de los valores con alternativas que crecen a medida que más individuos adoptan nuevos comportamientos en los estilos de convivencia, como son las familias monoparentales y la homoparental. La diversidad sexual pone de manifiesto la estructura de género desigualitaria (Sanz *et al.*, 2013).

Se considera que el matrimonio, la familia y las relaciones de parentesco se ven reconfigurados por un conjunto de cambios sociales, económicos y culturales, que dismantelan un rígido patrón de relaciones de parentesco prescritas. Entonces, el matrimonio ya no es más el eje que articula el comienzo de las relaciones sexuales, la procreación, el abandono del hogar paterno e incluso la formación de un hogar. Así, los cambios en la vida familiar plantean un alejamiento a la autoridad patriarcal y un creciente énfasis en la autonomía individual de los integrantes del hogar (Furstenberg, 2003).

Entre los elementos que pudieron haber incidido en la crisis de la familia nuclear conyugal se encuentran las condiciones del mantenimiento de un grupo familiar. El cumplimiento de las necesidades es una prioridad, por lo que diferentes miembros integran el gasto familiar, debiendo desplazarse a sus actividades laborales u ocupacionales, a fin de cubrir las necesidades básicas para el mantenimiento de la familia y el afán por realizar sus metas. Quedando así de lado, las relaciones interpersonales de convivencia, las necesidades afectivas y la comunicación entre los miembros; perdiendo el

objetivo de mantener la unidad familiar y su pretendida autosuficiencia nuclear.

Por lo anterior, aparece y aumenta la importancia psicosocial de una serie de grupos, espacios y unidades sociales tendientes a suplir lo que una familia de dimensiones pequeñas y restringidas es incapaz de proporcionar. Entre ellos están: la escuela, los amigos, grupos de paseo, centros de diversión, guarderías infantiles, grupos profesionales y para profesionales, comunidades terapéuticas, grupos de acompañamiento de la tercera edad y muchos más.

El hogar se queda como un lugar para comer una o dos veces y también para dormir, no parece tener la estabilidad esperada, pues sufre las fluctuaciones críticas correspondientes a los diversos ciclos vitales de las personas involucradas.

#### 2.1.4. Familia uniparental

Familia unipersonal, es aquella constituida por un solo padre. En México del 17% de familias uniparentales, en el 15.9% sólo la madre reside en la vivienda y el 1.1% sólo el padre reside en la vivienda. Mientras en otros hogares que no son uniparentales, ninguno de los padres reside en la vivienda 3.3% (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI).

#### 2.1.5. Familia homoparental

Es aquella familia formada por personas del mismo sexo. Sin embargo, a pesar de los recientes esfuerzos de las organizaciones en defensa de la diversidad sexual, no es posible registrar adecuadamente los datos de las familias en las que existen dos progenitores del mismo sexo, dado que

subsisten factores sociales y culturales que la han hecho objeto de discriminación. Asimismo, tratar de definir a las familias por su orientación sexual resulta ambiguo. Las mismas etiquetas nominales homoparental o heteroparental, podría tener detrás experiencias reales o subjetivas muy diferentes, como es el caso de la bisexualidad o las parejas transexuales (Ruiz, 2014).

## 2.2. Tipos de hogares en México

Hogar es el conjunto de personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Una persona que vive sola también constituye un hogar: el 91% de los hogares son familiares y el resto no son hogares familiares (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI).

Un hogar familiar es aquel en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar. Los hogares se dividen en hogar nuclear, ampliado y compuesto. Un hogar no familiar es donde ninguno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI).

En México de cada 100 hogares:

- ✚ 64 son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos; una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear.
- ✚ 24 son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, entre otros).

- ✚ 1 es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe o jefa del hogar.
- ✚ 9 son unipersonales, integrados por una sola persona.
- ✚ 1 es corresidente y está formado por dos o más personas sin relación de parentesco,

#### Jefas de Hogar:

Los hogares también se clasifican de acuerdo con la persona que los dirige. De cada 100 hogares 25 están a cargo de una mujer (Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI). Mientras que para el año 2000 era el 20.6% (XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI)

La familia seminuclear incluye fórmulas de hogares basados en una pareja o en un grupo reducido de mujeres u hombres; parientes, amigos(as) y en otras ocasiones de parejas homosexuales que atienden a los hijos de uno(a) o varios(as) de ellos(as).

En cualquiera de los casos, la familia seminuclear plantea un fenómeno complejo. Algunas dificultades corresponden al aislamiento y la limitación de los recursos humanos, lo que trae consigo la soledad psíquica del adulto que adquiere la responsabilidad de criar y educar a los niños cuando carece de pareja fija, conllevando, además, a una concentración de tareas y funciones bajo su propia dependencia, pues debe vivir la presión de una doble jornada de trabajo: una fuera del hogar para obtener el ingreso económico necesario, y otra dentro de la casa para cumplir con las necesidades domésticas y el cuidado de los hijos. Lo anterior hace necesaria la vinculación de estas unidades familiares seminucleares con otras de su mismo tipo, pero sobre todo con las de sus familiares cercanos. De ahí la reconstrucción de formas

nuevas para establecer la red familiar multidoméstica, sin caer en la familia extensa de antaño. Esto permite conformar la satisfacción de las necesidades sexuales y afectivas de manera diferente a la establecida hasta ahora por los modelos familiares centrados en el matrimonio formal.

### 2.3. Funciones de la familia

La familia es en todo sentido el producto de una evolución, una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde el interior como desde el exterior. En su relación externa debe ajustarse a las costumbres, normas morales, con aspectos raciales, religiosos, sociales y económicos.

Como un proceso de unidad psicológica, la familia se transforma continuamente, así como sus miembros. El desarrollo del individuo como el de la familia presenta algunas crisis, haciendo que los vínculos de la familia pueden fortalecerse y en momentos debilitarse.

Es evidente, la configuración de la familia sufre cambios en sus etapas de transición: el desprendimiento de la familia de origen, el matrimonio, la llegada de los hijos, la adolescencia de éstos, la madurez de los padres y su envejecimiento.

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados por su organización interna y por su posición externa social. Por lo común, se reconoce que la trama de las relaciones familiares puede estar influida en una



amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso, protector, o por uno hostil y peligroso. Cuando el ambiente social se muestra peligroso y amenazante para los miembros de una familia, se puede llegar a la desintegración y la unidad familiar puede entonces desmoronarse. En contraste, una familia que reacciona con un reforzamiento defensivo de su solidaridad, en un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresión y recompensa en la comunidad, puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social incrementada (Ackerman, 1998). Así, un cambio en la estructura familiar en respuesta a un cambio social puede llegar a modificar las relaciones de afecto, lealtad, autoridad y toma de decisiones en la familia.

La familia debe ajustarse desde su interior a la amplia gama de actividades de sus miembros en los diferentes momentos de la vida de cada uno de ellos, debiendo afrontar las necesidades y dificultades que afectan su vida y las relaciones entre sus miembros. La familia también asegura la supervivencia física y da lugar a la matriz de desarrollo de las cualidades humanas.

Desde un punto de vista general, las funciones que la familia desempeña según Ackerman (1998) son:

1. Protección ante los peligros externos: funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unión y cooperación social.
2. Provisión de unión social que es la matriz de los afectos de las relaciones sociales familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad de las fuerzas psíquicas para enfrentar las experiencias.

4. Moldeamiento de los papeles sexuales, lo cual prepara el camino para la maduración y relación sexual.
5. La ejercitación para integrarse a papeles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. El apoyo al aprendizaje, a la creatividad y a la iniciación individual.

Fromm (1994) habla de estas finalidades como necesidades específicamente humanas, señalando a la familia como la oportunidad que brinda a sus integrantes de satisfacer el requerimiento de vinculación, identidad, arraigo, trascendencia y de una estructura que vincule y oriente. Estas funciones fundamentales de los padres de adolescentes, son semejantes a las propuestas por Ackerman (1998):

- Proveer recursos básicos para la subsistencia.
- Cuidar el hogar.
- Proteger a los jóvenes.
- Promover y defender socialmente un espacio para el desarrollo de los jóvenes.

Cada grupo familiar, proporciona los recursos básicos de acuerdo con su capacidad económica y la cultura que tiene. Sin embargo, las funciones familiares deben ir más allá, que el sólo proporcionar recursos básicos, sino, la más importante, es enseñar a administrarlos y compartir los recursos con el fin de que sus hijos tengan clara conciencia del esfuerzo que implica conseguirlos. La familia debe promover la independencia de los hijos y la trascendencia de los mismos en la búsqueda de una vida gratificante.

En condiciones óptimas o al menos favorables para que el funcionamiento de la familia ocurra, sólo se logrará si quienes forman la pareja al integrar un

nosotros, cuentan con un proyecto de vida individual y uno de vinculación como pareja, que pueda proporcionar un marco de referencia que permita el desarrollo, la realización de las metas personales y las de la pareja. También es necesario considerar los valores morales, culturales y religiosos que normarán la vida futura en el hogar, que orientan, dan solidez, constancia y dimensión a los actos para el logro de los objetivos o expectativas.

Los márgenes de este marco referencial deben ser firmes y a la vez flexibles lo que facilitará que la estructura se expanda, que el grupo se desarrolle en el nivel colectivo e individual, que permitirá su funcionamiento como unidad y a la vez, pugnará por establecer subsistemas según las edades de sus miembros y solucionará las necesidades o urgencias que como grupo presenten. Los valores se preservan, alientan, renuevan y siempre se viven como útiles y necesarios.

Para que una familia pueda progresar como grupo y al mismo tiempo, permita el desarrollo individual de sus miembros, es necesario se mantenga como unidad con un programa abierto al aprendizaje y al ensayo de mecanismos que le ayuden no sólo a crear una homeostasis individual, sino a permanecer en ese equilibrio dentro de la comunidad, a la vez que se enriquezca y se renueve la experiencia. Su dinamismo si bien nace de sus componentes, debe y tiene que ampliarse y renovarse mediante el contacto e influencia de las demás unidades familiares, con las cuales forma una gran microorganización operativa social.

El intercambio afectivo, así como aceptar y contribuir con valores, ideas, experiencias, tradiciones y otros mecanismos operacionales, serán las funciones sociales esenciales de la familia, siempre y cuando este intercambio sea selectivo, variado, frecuente y oportuno y todo el mecanismo se lleve a

cabo con reflexión. Así, las posibilidades de recibir más y mejores estímulos serán mayores. Las amistades entre diversas familias, la convivencia social en los ámbitos escolar y deportivo de los hijos, la participación parroquial y la social en el barrio, serán todas oportunidades y fuentes de enriquecimiento familiar ya que aportan y reciben diversos estímulos socioculturales (Dulanto, 2000).

Al respecto, Cooper (1985) señala que el poder de la familia reside en su función social mediadora. Es por ello que se considera que una de las tareas más importantes de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad.

Caparrós (1981) por su parte, indica que la perpetuación de las normas sociales se realiza, en última instancia, mediante la acción directa de la familia; el grupo actúa como factor estabilizador.

## 2.4. Cualidades de relación en la estructura familiar

En los hijos, la composición de hermandad es uno de los más importantes aspectos del ambiente familiar y de la estructuración psíquica de la personalidad de los hijos.

a) El número de hijos: el ambiente familiar no es el mismo en una familia numerosa que en otra donde existe sólo un hijo. La pertenencia a un grupo de tres a cuatro hermanos significa para el niño un cúmulo de experiencias de rivalidad, emulación, colaboración, participación y de solidaridad. Estas experiencias no pueden ser compartidas en el caso del hijo único. Al lado de

las relaciones verticales con el adulto, la presencia de un grupo de hijos favorece la elaboración de relaciones horizontales. Puede también ocurrir que la familia sea demasiado numerosa y que el niño fundido en la masa, sufra entonces una carencia real de contacto con sus padres.

b) El sexo de los hijos: como los padres no tratan de igual manera a los hijos que a las hijas, existe un elemento de diferenciación importante que matiza las experiencias individuales. Los hermanos del mismo sexo suelen tener más cercanía que un varón y su hermana (Papalia & Wendkos, 1998).

c) La diferencia de edad entre los hijos también es un componente importante de las relaciones en el seno de la hermandad. Puede pensarse que una diferencia mínima de edad favorece más bien las tensiones, ya que cada uno percibe al otro como una amenaza, dado que su propia personalidad está menos elaborada al nacimiento de éste; asimismo, favorece el sentimiento de colectividad. Si, por el contrario, la diferencia de edades es considerable, la relación entre los niños será menos tensa y estará muy atenuada por la divergencia de intereses y de actividades, los hijos vivirán cada cual, de manera independiente, y las relaciones tenderán a ser más verticales que horizontales. En un estudio de 363 estudiantes de tercero, sexto, noveno y duodécimo grado, encontraron que a medida que los niños crecen, las relaciones con sus hermanos se vuelven progresivamente más equitativas y distantes. Los hermanos adolescentes aún demuestran cercanía, afecto y admiración hacia sus hermanos menores, pero pasan menos tiempo con ellos y sus relaciones son menos intensas. Los hermanos mayores ejercen menos autoridad sobre los menores, pelean menos con ellos, no es probable que los consideren como compañía y no están tan cerca de ellos (Papalia & Wendkos 1998).

d) El rango y la posición que ocupan los hijos entre la hermandad, determina para ellos un aspecto esencial de su percepción del grupo familiar, y constituye probablemente una aportación fundamental del modo en que se percibe a sí mismo. Para el hermano menor se presenta el hecho de ser percibido y aventajado en todo por los mayores a quienes admira, envidia e imita, tratando de lograr una diferenciación de ellos. En el caso de los hermanos mayores sucede, que al tener hermanos menores cuya compensadora admiración ha sido recibida, está contrarrestada por los cuidados y la tolerancia hacia los pequeños.

Cada posición en la hermandad plantea problemas al niño de manera particular: el mayor es el que tiene todo y quien a partir de la aparición del siguiente debe compartirlo todo. El menor por su parte, se expone a sufrir la sobreprotección o la negligencia de los padres. Las relaciones emocionales entre los padres y los hijos forman el contexto en el cual ocurre la socialización dentro de la familia.

En general, el amor y el afecto de los padres facilitan la socialización, mientras que el rechazo y la hostilidad de éstos se relaciona con el desarrollo de conductas antisociales en el individuo en etapas posteriores del desarrollo (Patterson, 1982).

De acuerdo con lo anterior, el estatus socioeconómico, el ambiente emocional y el funcionamiento familiar son factores importantes para el estudio de jóvenes delincuentes. La mayoría de los jóvenes que cometen actos delictivos tuvieron padres que son criminales, experimentaron una pobre supervisión paternal. Sus padres se dirigían hacia ellos de manera cruel y agresiva, sus padres tenían problemas maritales y provenían de familias muy grandes (Coles, Greene & Braithwaite, 2002).

La estructura familiar (familias separadas o con un sólo padre en casa), los elementos funcionales (papel o modelo familiar) y el grado de afecto entre los miembros familiares, entre otros, son elementos que hay que tomar en cuenta dentro de los trastornos de conducta (delincuencia, uso de drogas, etc.) que presentan los adolescentes. Se ha observado que en familias en donde sólo está presente la madre y los niños experimentan menor contacto con su padre con una menor supervisión, pueden presentar trastornos de conducta que afectan su rendimiento académico (Crawford-Brown, 1999).

En México se realizó un estudio sobre el estilo de vida y de interacción caracterizados como factores de riesgo en relación con el padre mexicano: su ausencia y su presencia en la familia, y la calidad de las relaciones que establece con sus hijos dada en términos de confianza y estilos de crianza, según la perspectiva de las hijas o hijos adolescentes. Los resultados mostraron que en los adolescentes escolares la ausencia del padre es del 12.8% para los varones y del 14.5% en las mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa de  $p < .015$ . La ausencia del padre puede considerarse como un factor de riesgo, dado que la tendencia de las madres de familia de padre ausente, utilizan prácticas autoritarias. También se afirma que un porcentaje elevado de padres mexicanos tiende a ser autoritario, mostrando poco interés por sus hijos e hijas por igual, en una proporción del 42.1% para los hombres y en el 38% de las mujeres, estableciendo con ellos una comunicación deficiente o inexistente. El padre recurre a los golpes significativamente más con sus hijos que con sus hijas. La falta de afecto y de apoyo en forma de rechazo por parte del padre también contribuye a deprimir la autoestima, se reporta una falta de confianza hacia el padre en las mujeres del 69% y una confianza hacia el padre por parte de los varones del 59.6% (Sánchez-Sosa & Hernández-Guzmán, 1992).

## 2.5. Estructura parental y relaciones familiares

Los padres constituyen evidentemente el núcleo del grupo familiar. El padre, por lo común, se encuentra ausente del hogar durante una parte importante de la jornada, podría pensarse que la relativa presencia paterna contribuye en la importancia y al prestigio que tiene el padre a los ojos de los hijos.

Respecto de la madre, es necesario reconocer su participación y la actitud en la educación de los hijos, la toma de decisiones del medio familiar y las actividades domésticas, así como el tiempo que sus ocupaciones personales o laborales le dejan para dedicarlo a los hijos. Una investigación realizada señaló diferencias entre los hijos de madres empleadas y los de aquéllas que permanecían en el hogar. Hoffman en 1996 señala que los hijos de madres trabajadoras tenían menos puntos de vista estereotipados sobre el papel femenino. Las hijas de madres empleadas tenían aspiraciones profesionales más altas y menos tipificadas por el género y parecían mejor ajustadas a las mediciones sociales y de personalidad (Papalia & Wendkos, 1998). El empleo materno en sí mismo no parece afectar a los hijos, existen otros factores que se deben considerar como la calidez de la relación, la satisfacción de una madre con sus papeles de madre y trabajadora, si es el caso.

Las investigaciones sobre la estructura parental señalan, que los jóvenes que vivían con ambos padres eran más autoritarios en sus conceptos acerca de la educación, que los que vivían únicamente con su madre o en familia con padrastro. Por otro lado, los jóvenes que vivían en los hogares con padrastro mostraban mayor conflicto dentro de la familia, que aquéllos con ambos padres o los que vivían únicamente con sus madres (Infanzón, 1993).



La investigación realizada en Estados Unidos por Spruijt y De Goede (1997) examinó los efectos de la transición en la estructura familiar (familias intactas, familias en conflicto con un solo padre y familias con padrastros), el estado físico, los pensamientos suicidas, la salud mental, la relación con el bienestar y la situación de empleo de los adolescentes, en una muestra de 3, 393 jóvenes de 12 a 24 años. Se observó que la gente joven de familias con un solo padre, estaban más propensas a tener problemas de relación, y experimentan el desempleo, en comparación con los jóvenes de familias intactas (ambos padres en casa). Los adolescentes de familias intactas con conflicto y familias con padrastros tuvieron puntajes moderados en su nivel de relación familiar.

Otro estudio realizado en España, tuvo como objetivo analizar la sintomatología psicopatológica, su interacción con el estilo parental percibido y la autoestima, en una muestra comunitaria de 935 adolescentes españoles entre 12 y 18 años que cursaban estudios de Educación Secundaria y Bachillerato. Se utilizaron los siguientes cuestionarios: (1) *Escala para la evaluación del Estilo parental* (Oliva, Parra & Arranz, 2008). Consta de 41 reactivos en los que el adolescente evalúa de forma independiente 6 dimensiones del estilo materno y paterno. (2) *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965), validada en Chile por Rojas-Barajona, Zeger y Förster en 2009. Se trata de una escala unidimensional compuesta por 10 reactivos que sirve para evaluar la autoestima global de adolescentes. (3) *Cuestionario de Síntomas Revisado* (SCL-90-R; Derogatis, 2002; adaptación española de González, De las Cuevas, Rodríguez & Rodríguez, 2002). Es un cuestionario autoaplicado compuesto por 90 reactivos que permite evaluar nueve dimensiones psicopatológicas. Entre las variables consideradas en el análisis de resultados, el tipo de familia/hogar, de modo que cuando los adolescentes vivían con ambos padres o sólo con la madre, percibían a la madre más

afectuosa, más impulsora de la autonomía y, por tanto, se sentían con más deseos de compartir sus vivencias, que cuando convivían sólo con el padre. De igual modo, cuando convivían con ambos padres, percibían a los padres más controladores conductualmente que cuando vivían sólo con la madre (Rosa-Alcaraz, Paradas-Navas & Rosa-Alcaraz, 2014).

## 2.6. Relaciones afectivas

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es muy importante para determinar el clima emocional de la familia. Cuando los padres se aman, el hijo los ama a los dos; cuando los padres se odian, el niño se ve forzado a ponerse del lado de uno y en oposición del otro. El control eficaz de este equilibrio entre amor y odio está profundamente determinado por las actitudes de los padres, aunque éstas están influenciadas a su vez por las actitudes y conducta de los niños. El niño feliz, razonablemente satisfecho, consigue dominar eficazmente su odio, predomina su amor por sus padres y se identifica con ellos, moldeándose a su imagen.

La actitud que el niño adopta hacia los miembros de su círculo familiar es la que determina las posteriores relaciones con sus semejantes y el tratamiento que le da a los problemas más significativos de su existencia. De este ambiente familiar, brotan los afectos ulteriores del individuo, determinándose la trayectoria de los mismos (Gutiérrez, 1997).

Algunos estudios han sugerido que lo cordial que sea la relación afectiva con el padre contribuye a la satisfacción que el adolescente siente respecto de sus

relaciones con sus contemporáneos. Los adolescentes quienes reportaron una mayor calidad en sus relaciones con sus amigos y un menor conflicto con su mejor amigo, presentaron una menor incidencia a la depresión y un mayor apego afectivo con su madre y padre (Field, Diego & Sanders, 2002).

Las reacciones de alegría, pesar, disgusto, amor, vergüenza y celos, son afectos que representan reacciones evolutivas y que se desvían de la neutralidad. Las relaciones afectivas en la familia pueden ser comprendidas en tres dimensiones bipolares: acercamiento-retirada, aceptación-rechazo, placer-disgusto. Cada dimensión es un aspecto diferente de las evaluaciones positivas contra las negativas que definen los afectos; es decir, se busca y se deleita con personas que se aceptan y hacen sentir bien, y se rechaza y se disgusta con personas que producen enojo y tristeza.

En general, a medida que los hijos crecen y se hacen menos dependientes de los padres, la familia debería disminuir la función de progenitor, aumentando así la función adulta. Es ahí donde tiene que darse la negociación, el cambio y la flexibilidad. Son los padres los que tienen que comprometerse en la promoción y acrecentamiento de las funciones adultas en los hijos. Al respecto García-Méndez (2007), señala que empieza a observarse una transición en la familia mexicana, que mantiene cuestiones tradicionales como el respeto a la autoridad y el estatus quo familiar, pero busca cambiar, es decir, busca la autoafirmación y ser independiente, pero aún tiene temor a la autoridad (Durán, Bray, Rivera, Reyes & Selicoff, 2012).

En México, un estudio sobre los recursos de apoyo familiar y social en el adolescente temprano, muestra que los adolescentes que manifiestan una marcada dependencia familiar escolar o con amigos, los hace particularmente vulnerables a los cambios negativos de tales contextos. Respecto al patrón de

los recursos de apoyo en las mujeres se mostró una marcada preferencia por acudir con la familia cuando tuvieron problemas en cualquiera de las áreas evaluadas. Los hombres buscaron ayuda en la familia cuando la fuente de conflicto fue familiar. Cuando la fuente de conflicto fue social, buscaron apoyo los hombres y las mujeres casi por igual en la familia, los amigos o en nadie. Y cuando se trató de problemas del área personal los hombres prefirieron no buscar apoyo (González-Forteza, Salgado de Snyder & Andrade, 1993).

Otro estudio investigó tres tipos de relaciones parentales: independiente, codependiente y sobredependiente; se examinaron los síntomas físicos y psicológicos, y la percepción del apoyo social. Los datos fueron obtenidos de 297 estudiantes no graduados y graduados utilizando el Self-Reliance Inventory, de 21 reactivos, como parte del General Health Questionnaire y la Symptoms Checklist 90–Revised). El tipo de relaciones interparentales de tipo independiente correlacionaron negativamente con la disfunción social. El tipo de relaciones interparentales codependientes se correlacionaron negativamente con la salud. Y el tipo de relaciones parentales de sobredependientes se correlacionaron positivamente con el apoyo social de los compañeros de trabajo y la familia (Joplin, Nelson & Quick, 1999).

Un estudio sobre el impacto de la parentalidad en los desórdenes de conducta en varones adolescentes jamaquinos, examinó la utilidad de un nuevo modelo teórico para determinar la asociación entre factores de parentalidad y el desorden conductual, con 120 sujetos de 11 a 18 años de edad, en dos grupos. El primero de ellos identificado con desórdenes conductuales y el segundo grupo control, sin desorden conductual. El análisis estadístico reveló que las variables de estructura familiar que mostraron relaciones significativas con la presencia de desórdenes conductuales fueron: ausencia de la madre, escaso contacto con la madre y cambios adaptativos del joven. La variable

funcionamiento familiar, demostró ser más significativa y presentó un grado moderado de asociación con la presencia de desórdenes conductuales (Crawford-Brown, 1999).

Los sentimientos de valía sólo pueden florecer en un ambiente en el que pueden apreciarse las diferencias individuales, donde el amor se manifiesta abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación es abierta, las normas flexibles, la responsabilidad es modelada y practicada, así como la sinceridad; éste es la clase de ambiente que se observa en una familia nutricia.

No es accidental que los hijos de familias que practican lo antes señalado, se sientan bien consigo mismos y en consecuencia, son individuos amorosos, saludables y competentes. Por el contrario, lo hijos de familias conflictivas, a menudo tienen sentimientos de inutilidad, crecen como pueden con una comunicación “torcida”, reglas inflexibles, críticas por sus diferencias, castigos por los errores y sin experiencia alguna en el aprendizaje de la responsabilidad. Estos niños tienen el riesgo de desarrollar conductas destructivas contra sí mismos y los demás (Satir, 1991).

## 2.7. Normas y reglas de funcionamiento familiar

La familia es un sistema gobernado por reglas y normas en donde sus miembros se comportan entre sí de modo organizado, reiterado y en donde este esquema de comportamientos es un principio que dirige la vida familiar. Las necesidades de adoptar una serie de reglas y normas de comportamiento no derivan de razones prácticas, sino de exigencias que trascienden el deseo de los individuos. Si en una estructura organizada no existen límites en la

diversidad de comportamientos que pueden darse en una familia, la vida cotidiana no sólo resulta extremadamente problemática, sino que se amenaza la existencia de la estructura familiar (Cusinato, 1989).

Al respecto, Huber (1991) menciona que la familia es una unidad social caracterizada por relaciones continuas que se estabilizan por reglas generalmente observadas, en donde sus miembros no son necesariamente conscientes de ello. La mayoría de las reglas familiares son reglas no escritas y no expresadas abiertamente, son inferencias que todos los miembros de la familia hacen con respecto a las pautas reiteradas que observan a su alrededor. Dichas reglas evolucionan con el tiempo como actividades de mecanismos homeostáticos destinados a asegurar que la conducta no se desvíe demasiado de las normas familiares.

La familia posee reglas que la organizan, es decir que delimitan los comportamientos permitidos o prohibidos para sus miembros; también considera que dichas reglas no son tan explícitas, pueden ser inferidas observando las interacciones entre sus miembros. Se considera que todo sistema familiar evoluciona y por ende sus normas, valores y reglas deben de modificarse. “Las familias que presentan una disfunción, es decir, que presentan síntomas patológicos o problemas familiares, son aquéllas que no modificaron sus reglas y no tuvieron un mejor manejo de los cambios” (Wittezaele & García, 1994).

Satir (1991) manifiesta que existen reglas que son bastante evidentes y fáciles de descubrir dentro de la familia. Empero, hay otro grupo de reglamentos que suelen estar ocultos y son más difíciles de percibir, a saber, las reglas tácitas que rigen la libertad de expresión de los diversos miembros de la familia. Cuando se habla de reglas de la familia, las primeras que se mencionan

suelen ser las tocantes al dinero, a la realización de tareas, a la solución de las necesidades individuales y al castigo de las infracciones (Satir, 2002).

Las prácticas parentales son aquellas conductas que los padres utilizan para socializar a sus hijos, y pueden agruparse en dos categorías, *apoyo y control*. El apoyo parental se refiere a la cantidad de apoyo y cariño que expresan los padres hacia sus hijos. El control parental es el conjunto de límites, reglas, restricciones y regulaciones que los padres tienen para sus hijos, y el conocimiento que tengan de éstos (Barber, Olsen & Shagle, 1994; Betancourt & Andrade, 2011).

Pero existen las reglas tácitas sobre ¿qué se puede decir de lo que se siente, piensa, escucha u observa? Hay una regla familiar, que sólo nos permite hablar de cosas buenas, correctas y adecuadas (Satir, 2002). Por lo que se omiten muchos aspectos de la realidad. Tal es el caso de muchos problemas y secretos familiares, que pueden dar lugar a un ambiente familiar de rechazo y/o conflictivo.

Otro aspecto a considerar, es la pluralidad de normas y valores en que la familia está inmersa en la época actual, un desafío y un reto para el devenir de las familias. Las normas y los valores ofrecen una estructura que permite organizar no sólo la convivencia y la acción de los individuos, sino también permiten estructurar el pensamiento de acuerdo con los límites establecidos socialmente. Durante la adolescencia, la educación fundada en valores es de gran importancia; puede representar un verdadero apoyo para el desarrollo de la salud física, psíquica y social de los adolescentes. Así, las normas, reglas y valores interiorizados durante la infancia y la adolescencia, con la flexibilidad de las necesidades del desarrollo intrínseco de cada etapa, deberán garantizar la convivencia entre los individuos y la sociedad.

Todo valor propuesto debe ser congruente con el sentido ético. La introducción de nuevos valores requiere de un análisis cuidadoso de las necesidades de nuestro tiempo y de considerar el carácter humanitario que de él se pueda desprender. La sociedad se transforma rápidamente, existen valores que deberán perdurar y otros, que prueban su efectividad en el desarrollo de la sociedad moderna.

Actualmente, el tema de los valores ha preocupado a muchos sectores en el ámbito nacional e internacional, lo cual es lógico porque la sociedad posmoderna parece actuar sin ellos y, en consecuencia, los grupos humanos pierden el rumbo y abandonan las líneas de conducta en relación con la observancia de valores basados en intereses generalmente político-económicos. Así, la sociedad actual globalizada está sufriendo grandes cambios y los más proclives a la influencia negativa son los niños y los adolescentes que, en busca de su identidad frente al grupo social, encuentran alternativas de modelos nacionales o extranjeros, destructivos de sí mismos y de su entorno. Hoy es posible observar, cómo adolescentes y niños de escasa edad desobedecen, delinquen, y muestran resistencia a cualquier tipo de autoridad, con actitudes de alardes de violencia hacia los demás.

## 2.8. Comunicación familiar.

Gracias al lenguaje, la comunicación puede trascender el ámbito referencial de lo inmediato/sensible y llegar al espacio de las nociones abstractas, como sentimientos e intereses, papeles, valores o normas. También permite compartir ideas sobre cosas o artefactos cuya existencia no es presente, pero



que se recuerda o se puede fabricar. De esta forma, la comunicación se ubica en el seno de las relaciones sociales y desde ahí actúa en el sentido de la configuración y transformación de la vida social (Serrano, Pérez, Mendoza, Ávila & Revilla, 2001).

La comunicación es el factor determinante de las relaciones que se establecerán con los demás. La manera como sobrevivimos, nuestra productividad, nuestra coherencia, así como la forma como desarrollamos la intimidad. Todo depende de nuestras habilidades para la comunicación (Satir, 1991).

La comunicación es una actividad básica y trascendental para la humanización de los individuos en el proceso de socialización desde el grupo familiar. En todo comportamiento existe consciente o no, una emisión de mensajes, los cuales son percibidos para convertirse en comunicación. En Psicología se habla de comunicación y de la percepción no sólo como meros vehículos para transmitir información, sino como formas de conducta dirigida a la adaptación o inadaptación de los seres humanos, que se relacionan de forma constante y dinámica (Serrano, Pérez, Mendoza, Ávila & Revilla, 2001).

Hay comunicación no sólo por medio de la verbalización sino a través de expresiones no verbales y lenguaje corporal. Hay una estrecha relación entre comunicación y comportamiento, ya que todo comportamiento dentro de la interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, por lo que se arguye que no se puede dejar de comunicar por mucho que se intente (actividad o inactividad, palabra o silencio) siempre tiene el valor de mensaje: se influye sobre los demás, quienes a su vez no dejan de responder a la comunicación.

En la comunicación familiar cuando se establece un diálogo, se agregan comentarios de valoración, sirve para establecer valores, contrastar ideas y crear y fortalecer sistemas y reglas de comportamiento afines. Al dar un mensaje no sólo se transmite información, sino que impone un comportamiento a quien lo recibe. De esta manera la comunicación lleva un mensaje emocional, afecto y estados de ánimo, que otro interpreta (Cusinato, 1989).

Además, se ha observado que las familias adaptadas tienen una mejor comunicación unos con otros, en comparación con los miembros de las familias con trastornos, donde la relación madre-hijo, parece estar deteriorada. Así, los niños en familias sanas, mostraban sentimientos positivos hacia su talento y su éxito, en contraste, con los niños de familias en conflicto, que se comportaban tanto grandiosos, como con desprecio hacia sí mismos (Gutiérrez, 1997).

Cuando las familias funcionan mal, sus patrones de comunicación implican 1) culpar y criticar en vez de aceptar genuinamente la responsabilidad de hacer de la familia un sistema mejor, 2) adivinación de los pensamientos, de manera que los miembros actúan como si supiesen, sin preguntar, los que los demás piensan y sienten, 3) hacer afirmaciones incompletas, “estoy enojado” , sin decir con quién, ni por qué, 4) hacer afirmaciones que describen los acontecimientos modificables como si fuesen fijos y permanentes, como cuando un padre dice “no puedo lograr que mis hijos me respeten”, y 5) generalizar con exceso, “jamás obtengo nada que sea importante para mí” (Kendall & Norton-Ford 1988).

Vygotsky (1981) argumenta que la organización básica de la mente es el diálogo. La multiplicidad de voces en la mente se deriva de las experiencias y

de las interacciones con varias influencias externas tales como los padres o contemporáneos.

Se señala que es muy importante la falta de comunicación existente entre padres e hijos, ya que se originan problemas de conducta. Algunos padres no se ocupan de saber la problemática de sus hijos, piensan que los adolescentes ya son personas mayores, que no requieren de su ayuda, lo cual favorece la falta de comunicación. La necesidad de dependencia de los hijos, aún está presente y entre más fuerte es esta dependencia más se combate por los padres (Gutiérrez, 1997).

El ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos tales como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés. La comunicación familiar abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista, de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e influye positivamente en el bienestar psicológico del adolescente (Estévez, Musitu & Herrero, 2005).

En relación con el control conductual, las investigaciones realizadas en su mayoría evalúan el conocimiento de los padres acerca de las actividades diarias de sus hijos (supervisión) mediante reactivos que reflejan dicho conocimiento (supervisión). Sin embargo, es importante evaluar la disposición del hijo para proporcionar información a sus padres sobre sus actividades diarias (Betancourt & Andrade, 2011)

Existe un incremento significativo en el número de discusiones entre progenitores y adolescentes en relación con la comunicación y los conflictos familiares. Por un lado, se considera que existe una discrepancia en las expectativas de los progenitores respecto de sus hijos y su comportamiento real. En cambio, se piensa que los procesos cognitivos del desarrollo del pensamiento formal, llevan al adolescente a ser más crítico con las normas y regulaciones familiares; a utilizar argumentos más sólidos en sus discusiones y percibir a sus progenitores de forma menos idealizada (Parra & Oliva, 2002).

Rosenbaum (1989) encontró que los adolescentes que tenían lazos fuertes con sus padres estaban menos propensos a delinquir, que aquellos con familias de un sólo padre. El ambiente familiar, es una variable importante en el desarrollo de la delincuencia, se reporta que el nivel de comunicación familiar está relacionado con conductas delictivas en los adolescentes (Cashwell & Vacc, 1996). La presencia de un solo padre puede reducir el tiempo de convivencia con los menores, generalmente ocupados en actividades laborales que les permita cubrir los requerimientos económicos para la sobrevivencia. Así, la presencia de ambos padres permite disponer de mayor tiempo de convivencia, establecer la comunicación con los hijos y con ello la supervisión de los adolescentes.

Asimismo, el clima hogareño deficiente desalienta la comunicación entre los miembros de la familia; en ocasiones la presencia de un solo padre puede disminuir también, el contacto afectivo. La capacidad de comunicarse es esencial para la popularidad y lo es más todavía para acceder al liderazgo, interés que está presente en la adolescencia. De igual importancia es la aceptación social con el desarrollo de la capacidad de expresar afecto por otros. Cuando el adolescente crece en un hogar en el que las desavenencias

son frecuentes, encuentra difícil entablar relaciones afectivas con personas extrañas y mantener buenas relaciones familiares.

Un estudio realizado en Estados Unidos con adolescentes chinas analizó diferencias en las percepciones de los adolescentes con los estilos de paternidad de padres y madres, así como la comunicación padre-adolescente y la calidad de las relaciones de padre-adolescente, se utilizaron cuestionarios e intervenciones individuales. Los padres comparados con las madres fueron percibidos como menos responsables, menos exigentes y más ásperos. Los adolescentes tenían menos comunicación con sus padres y reportaron sentimientos más negativos cuando se comunicaban con éstos en comparación con sus madres. Sin embargo, las mujeres adolescentes percibían a sus padres como demandantes y menos ásperos, en comparación con los adolescentes hombres (Shek, 2000).

La comunicación con el padre y la madre, ha sido considerada como un factor protector para el inicio precoz de la actividad sexual. La comunicación se refiere a qué tanto la hija establece una comunicación con sus padres, sobre sus problemas personales. Los varones establecen una comunicación de contenido sexual, observándose indicadores de permisividad en ambos padres, aspectos culturales que se hacen evidentes. En consecuencia, se debe promover la importancia de ejercer una sexualidad con protección y precaución (Palacios & Andrade, 2006).

En resumen, la familia que posee una buena red de comunicación y que se desenvuelve eficazmente en sus tareas, en la que cada miembro de la familia posee un papel específico con un grado de plasticidad que le permite asumir otros papeles funcionales, posee una capacidad de ajuste y adaptación a las diferentes circunstancias de la vida. Esto es, un proceso de aprendizaje al

interior de la familia, fundamental para el desarrollo de cada uno de los miembros.

## 2.9. Evaluación de la familia

Como se ha señalado, el funcionamiento familiar es un fenómeno muy complejo. La observación de las interacciones en la familia, la participación de sus miembros, es el eje sobre el cual se llevan a cabo las observaciones, en el encuadre terapéutico. Éste es en algunos casos, el espacio idóneo, promueve la participación de la familia, pidiendo a sus miembros que ejecuten alguna tarea (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer, 1967), o bien, se les deja en libertad para que ellos hablen sobre lo que ellos deseen. Sin embargo, el comportamiento de la familia en el contexto terapéutico no necesariamente refleja el modo de interacción habitual de la vida familiar.

Algunos instrumentos psicológicos parten del proceso de percepción, el cual desarrolla múltiples categorías para clasificar las conductas de las personas; en ellos, prevalece una tendencia a buscar los elementos invariantes, almacenar las interpretaciones de los hechos que suele darse en una interacción dinámica, donde el perceptor influye en la información que presenta de sí mismo (Morales *et al.*, 1996).

Sin embargo, los cuestionarios y pruebas psicológicas son instrumentos que permiten evaluar el funcionamiento familiar. Algunos de éstos son: el Family Assessment Device, FAD, (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983); el Family Assessment Measure, FAM, (Skinner, Steinhauer & Santa Barbara, 1983); el Family Environmental Scale, FES, (Moos, 1981). Algunos de ellos han sido traducidos y aplicados en México. Sin embargo, las diferencias culturales y la

necesidad de tener instrumentos de evaluación que permitan evaluar el funcionamiento familiar acorde al fenómeno de la interacción familiar de nuestro contexto social, ha dado como resultado el desarrollo instrumentos psicológicos.

Entre los instrumentos psicológicos diseñados en México está el cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar, EFF, (Atri,1993) el cual es un marco de referencia teórico centrado en el enfoque sistémico. La Escala de Ambiente Familiar (Cruz, 1994) evalúa la estructura y organización de la familia; El Inventario de Funcionamiento Familiar (Montiel & Rivera, 1996), evalúa las interacciones, la organización, donde las acciones y la reacción de un individuo propicia movimientos en los demás integrantes de la familia; El instrumento de Ambiente Familiar (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes & Rivera, 1997) evalúa comunicación, apoyo de los padres, hostilidad-rechazo, comunicación de los padres, apoyo cotidiano del hijo. El Índice de Relaciones Familiares (Nava, 2002), evalúa los diversos vínculos que existen entre las personas a partir de la interacción que sucede en contextos diversos; La Escala de Factores de Crianza, Interacción Familiar y Trastornos (Sausedo-Molina, 1996), evalúa la forma en que los padres tienden a criar a sus hijos y conductas asociadas a los hábitos alimenticios; La Escala de Relación entre Papás, (Andrade, 1998) evalúa las características de papá, la relación con papá, la relación entre papás, la relación con hermanos; la Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (Rivera & Andrade, 2010), la cual evalúa las relaciones intrafamiliares en tres dimensiones: unión y apoyo, expresión y dificultades.

En resumen, los instrumentos evalúan diversas dimensiones y con mayor frecuencia destacan: cohesión, comunicación, relación con los padres, estilos de crianza, vínculos afectivos expresión de afecto, independencia, manejo de

conflictos, control de conducta, resolución de problemas, estilo de afrontamiento, apoyo y nivel de estrés familiar.

Otro aspecto sociocultural a considerar, es que desde el siglo XX los países desarrollados como Canadá, Estados Unidos, países europeos y algunos de Latinoamérica, tal es el caso de Uruguay, presentaron grandes transformaciones en la familia. Entre las cuales se destaca un detrimento del matrimonio como base de la familia conyugal, así como el menoscabo de la pareja conyugal como elemento que regula las relaciones sexuales, la procreación de los hijos y el abandono del hogar paterno para la formación de un nuevo hogar (Furstenberg, 2003).

En México, en las dos últimas décadas se han presentado las familias uniparentales, la ruptura de los matrimonios y la procreación de hijos en la población adolescente con nuevos estilos de convivencia familiar. Así, el estudio de las características de los grupos familiares, ya sea formada o en disolución, hace de la familia un objeto de estudio dinámico inmerso en las condiciones económicas y sociales y culturales, mismas que no cesan, y dan lugar a individualidades y sociedades distintas.

Al respecto, un estudio realizado sobre el riesgo acumulado por estresores familiares de corto y largo plazo en los adolescentes, examinó las relaciones entre el número de factores de riesgo familiar durante la adolescencia y tres áreas de ajuste psicosocial (problemas internalizados, problemas externalizados y rendimiento académico) en los adolescentes y seis años más tarde, en los adultos jóvenes. Los factores de riesgo examinados incluyeron el divorcio de los padres, conflictos interpersonales, problemas de salud física de la madre, relaciones conflictivas y dificultades de relación madre-adolescente. Los resultados indicaron una asociación entre el número de factores de riesgo



familiar y el ajuste psicosocial en el largo plazo; las dificultades de ajuste incrementaron cuando el número de factores de riesgo familiar fue de tres o más (Forehand, Biggar & Kotchick, 1998).

Las transformaciones y crisis tanto familiares como sociales de nuestro tiempo son factores relevantes en el desarrollo de instrumentos, la evaluación de la familia y la detección temprana de factores de riesgo familiar pueden estar incidiendo en forma negativa en la integridad del adolescente. Asimismo es importante detectar aquellos factores protectores que favorecen el desarrollo saludable de todos miembros de la familia.

## 2.10. Condiciones de la relación familiar y la etapa adolescente

La adolescencia es una etapa compleja, en ella se desarrollan capacidades y habilidades para el logro de la maduración psicosocial del individuo adulto (Dulanto, 2000):

1. Aceptar el papel psíquico y sexual.
2. Establecer un nuevo tipo de relación frente a los padres.
3. Adquirir autonomía (independencia emocional).
4. Descubrir la vocación, desarrollar capacidades intelectuales y conceptos nuevos para la competencia social adecuada.
5. Adquirir pautas de conducta responsables.
6. Preparar la vocación para el matrimonio y la dirección de una familia.
7. Construir valores propios, armónicos con el medio donde vive.

La naturaleza de las relaciones familiares antes de la pubertad influye mucho en el modo en que el niño experimenta la adolescencia. Como se ha dicho, cuanto mejor es la comunicación entre padres e hijos, más positiva será la imagen que éstos tengan de sí mismos. La buena comunicación parece reflejar una armonía funcional del sistema familiar, en el que los progenitores y los hijos son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos. La relación en el núcleo familiar, pero sobre todo la interacción entre padres y adolescentes es un factor determinante en la consolidación de la personalidad adulta de los hijos.

Las prácticas de los padres pueden potenciar o dificultar la individualización, la confianza en sí mismo y el rendimiento académico (Hoffman, 1996). Se ha reportado que cuando se presentan alteraciones psicológicas en uno de los padres, el progenitor sano sirve como catalizador de la influencia negativa que puede tener su pareja en el hijo adolescente. Existe una relación estrecha entre una pareja con problemas y las alteraciones conductuales que presentan sus hijos; aunque el efecto adverso parece ser más notorio en las mujeres que en los varones (Ampudia, 1998).

#### 2.10.1. Proceso de diferenciación

Uno de los procesos que tienen lugar en la relación interpersonal familiar es la progresión gradual de un estado de fusión-diferenciación, hacia un estado de diferenciación y de separación cada vez mayor. Hoy sabemos que este camino no sólo está determinado por estímulos biológicos y por la peripetia de la díada psicológica madre-hijo, sino por el conjunto de los procesos de interacción que tienen lugar en un sistema de referencia significativo más

amplio, como lo es la familia. La familia es un sistema activo en transformación constante; un organismo complejo que se modifica en el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que lo componen. Este proceso doble de continuidad y de crecimiento permite que la familia se desarrolle como un conjunto y al mismo tiempo asegura la diferenciación de sus miembros.

La necesidad de diferenciación, entendida como necesidad de expresión del sí-mismo de cada quien, se integra entonces con la necesidad de cohesión y de mantenimiento de la unidad del grupo en el tiempo. De esta manera se hace posible que el individuo, con la seguridad de su pertenencia a un grupo familiar suficientemente cohesionado, se diferencia poco a poco en su sí-mismo individual; en este proceso se volverá cada vez menos esencial para el funcionamiento de su sistema familiar de origen, hasta que al fin se separe de éste y pueda constituir a su vez, con funciones diferentes, un sistema nuevo (Hoffman, 1996).

#### 2.10.2. Autonomía y entorno familiar

En la adolescencia, la autonomía se convierte por primera vez desde la niñez en un tema importante. La búsqueda de autonomía del adolescente está relacionada con la individualización, y es por tanto parte de los mismos procesos que están implicados en el desarrollo de la identidad (Hoffman, 1996).

Algunas familias sobreprotegen a sus hijos tanto que los vuelven inseguros, incompetentes e indefensos, por lo cual, las relaciones con los demás son muy difíciles y desventajosas. En otras ocasiones, la familia está

amalgamada, impide la individuación y cualquier intento de independizarse se vive como amenaza en contra de los demás. Así, la familia dificulta el desarrollo del adolescente, ya que en este momento es necesario que se dé la separación de los padres, y los miembros de la familia lo que hacen es impedir la vida de los adolescentes queriendo inmiscuirse en sus sentimientos y pensamientos (Infanzón, 1993), manteniendo la dependencia en la edad adulta, con las consecuencias que implican para el desarrollo personal.

Uno de los aspectos de la autonomía y de la identidad es el distanciamiento de los padres. Para escapar momentáneamente del control de los padres, algunos adolescentes, recurren a prácticas deportivas o a inscribirse en un grupo organizado. El alejamiento de la familia durante un cierto tiempo e incluso el simple hecho de imaginar los proyectos de vivir independiente, favorece el proceso de separación. La elección personal de la ropa, del modo de peinarse, promueve también la búsqueda de la autonomía. Y a medida que los adolescentes se separan emocionalmente de sus padres, disminuye su resistencia a las presiones de los compañeros.

La autonomía puede seguir un curso distinto de desarrollo en cada uno de los sexos. Entre un grupo de alumnos de quinto a noveno curso, a las chicas de cualquier edad que se sentían seguras de sí mismas les resultaba más fácil resistir a la presión de las compañeras. Pero entre los muchachos no existía relación entre la confianza en sí mismos y el oponerse a la presión de los amigos. Un chico muy seguro de sí mismo caía con la misma facilidad que otro inseguro (Hoffman, 1996). Sin embargo, en estas circunstancias, pueden estar influyendo el autoconcepto social y la necesidad de ser aceptado en el grupo de pares.

La conducta dependiente inculcada en las niñas perdura en la edad adulta, pero esta conducta, en el caso de los varones, es menos estable. Parece ser que la conducta de dependencia viola los estándares del papel sexual para los varones, y que los muchachos, a medida que crecen, reciben presiones para inhibir la expresión abierta de sus sentimientos de dependencia. Por otra parte, la sociedad no presiona tanto a las mujeres para ser independientes, aunque las tendencias actuales sobre el papel de las adolescentes en el mundo pueden recompensar su inhibición de conducta de dependencia (Horrocks, 1993). Vale la pena decir que el papel de las adolescentes se ha transformado notablemente en lo que respecta a una vida sexualmente activa. Sin embargo, dicha actividad no da lugar a una vida independiente per se. La presencia de rasgos dependientes se presenta, quizás con menor intensidad o adquiere otras expresiones.

Son diversos los conflictos que se pueden presentar con respecto a la autonomía que un hijo adolescente pide. Si los padres niegan algunas libertades que ya tienen sus amigos, su resentimiento lo lleva al menosprecio de sus progenitores, adoptando una actitud negativa hacia ellos y hacia todo lo que dicen o hacen; se dirige a personas ajenas en busca de ayuda, consejo y compañía; repudia los planes paternos en relación con su futuro y trata de hacer precisamente lo contrario de lo que desean sus padres. Lo más grave es que la confianza en sí mismo y la autoestima experimentan un golpe severo (Hurlock, 1994).

Suele darse el caso de que los adolescentes, mientras se esfuerzan por definirse, se encuentran con una tendencia sistemática que los descalifica. En contextos más patológicos, la descalificación se reemplaza por el reconocimiento y la confirmación de los comportamientos que implican cierto sufrimiento. Si este aprendizaje se vuelve constante, el hijo tenderá a repetir

conductas infelices como un estilo de vida. Es peligroso que la conducta del adolescente sea descalificada por el padre o el adulto importante, pero es mucho más grave, que el joven no sea valorado y aceptado. El no ser aceptado como se es, origina un grave menoscabo a procesos fundamentales, como la confianza, la seguridad, la concentración y la autoestima (Hurlock, 1994).

Cuando al adolescente se le concede cierta independencia, aunque no tanta como la de sus amigos, es probable que la use mal para convencer a sus pares de que es tan independiente como ellos. En este caso puede suceder que los padres vuelvan a imponer restricciones que ocasionen un aumento de la rebeldía por parte del adolescente. El adolescente a quien se otorga la libertad que reclama, pero que después fracasa cuando hace uso de ella, suele culpar a sus padres de haberlo mimado durante demasiado tiempo y no haberle enseñado a tomar decisiones. El resentimiento contra los progenitores, combinado con la depresión que acompaña al fracaso, tiene un efecto devastador sobre las relaciones entre padres e hijos y sobre la actitud de estos frente al hogar y la familia. La autonomía es un símbolo de estatus para el adolescente. Es importante para el propio individuo, porque la puede utilizar para medir hasta qué punto está dotado para decidir y actuar en su vida.

La autoestima fortalecerá las expectativas de autoeficacia en el enfrentamiento a diversas situaciones, lo que incide en la motivación de logro, disminuye la tendencia al fatalismo y la evitación de problemas, afecta la interacción de las personas y la forma de desenvolverse frente a diversas tareas. Los hallazgos confirman que la autoestima es un predictor significativo del bienestar general y la estabilidad emocional de los adolescentes

disminuyendo a su vez el riesgo de psicopatología (Gómez-Bustamante & Cogollo, 2010).

Parecería existir algo similar a una ley de persistencia en las relaciones humanas según la cual se tiende a reaccionar frente a otra persona de la misma manera hasta que opera determinada fuerza, como un cambio de estatus impuesto sobre la relación, que modifica la percepción de la otra parte y el modo de reaccionar frente a ella. Por esa razón, puede esperarse que los padres mantengan las mismas exigencias y expectativas frente a sus hijos hasta que un cambio en las circunstancias externas los obliga a verlos desde una nueva perspectiva. Estas modificaciones se refieren al crecimiento acelerado, las variaciones puberales y la iniciación de estudios medios.

### 2.10.3. Flexibilidad en el hogar

Se dan muchas discusiones entre adolescentes y sus padres sobre cuánto y qué tan pronto adquieren su independencia. Estos son asuntos de juicio que demandan un pensamiento reflexivo y flexible por parte de los padres.

Los padres tienen que caminar sobre una línea muy fina entre otorgar a sus hijos suficiente independencia y protegerlos de la inmadurez en sus juicios. Si la separación o la independencia emocional de la familia se presenta muy temprano, puede traducirse en problemas para el joven con una tendencia al aislamiento, susceptibilidad a la influencia de compañeros negativos, comportamiento insalubre tanto física como socialmente, consumo de drogas o actividad sexual prematura (Papalia & Wendkos, 1998). Sin embargo, los padres deben permitir que sus hijos asuman algunos riesgos. La exploración

positiva, intentar una actividad nueva, hacer nuevos amigos, aprender una destreza difícil, enfrentar un nuevo desafío o resistir la presión de los compañeros, son retos que llevan al crecimiento.

Si el clima hogareño es agradable y el adolescente disfruta haciendo cosas con y para los miembros de su familia, aprende a comportarse del modo aprobado por la sociedad. Este proceder, a su vez, lo hace popular tanto entre sus pares como entre los adultos. El hogar se constituye en base al aprendizaje para el desarrollo de las aptitudes sociales y quizá del deseo de participar en actividades con otros individuos (Hurlock, 1994).

Las relaciones familiares pueden resultar determinantes en la vida del joven, estas constituyen el medio en el cual se desarrollan los vínculos afectivos primarios, que van a influir, en gran medida, en el tipo de vínculo y forma de relacionarse que establezcan posteriormente. Estas relaciones representan la primera fuente de sustento y apoyo de los jóvenes, a la vez brindan modelos que se refieren a las maneras de enfrentar las situaciones estresantes y problemáticas (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011).

También se ha observado que el ambiente familiar tiene importancia en las actitudes que el adolescente presente ante los demás. Se exploró si existía relación entre la percepción que el adolescente tiene de su ambiente familiar y su auto-concepto. Se encontró, que a mayor cohesión o apoyo entre los miembros de la familia, se percibe mayor posibilidad de expresarse abiertamente, ser autosuficiente y tomar decisiones propias, participar en actividades sociales y culturales, lo que a su vez refleja y es producto de una organización y estructuras claras en la planeación de actividades y responsabilidades familiares (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011). Es decir, a mayor conflicto habrá menor estructura en cuanto a



actividades y responsabilidades familiares; menor será la independencia e interés por actividades sociales y recreativas entre los miembros de la familia, con la consecuente repercusión en el auto-concepto del adolescente. Por otro lado, al comparar la familia de procedencia de los adolescentes, es decir, si eran separados, divorciados o familias integradas con el auto-concepto del adolescente, se encontraron los siguientes resultados: a) el nivel de conflicto que perciben los adolescentes en su ambiente familiar es mayor en aquéllos que provienen de familias desintegradas; b) el nivel de independencia que perciben los adolescentes en su ambiente familiar es menor en aquéllos que provienen de familias intactas; c) el nivel de orientación al logro o la competencia en actividades como la escuela o el trabajo, es mayor en aquéllos adolescentes que provienen de familias intactas; d) el grado de énfasis en aspectos y valores de tipo ético y moral es mayor en aquéllos adolescentes que provienen de familias intactas y e) los adolescentes de los 12-13 años a los 14-15 años de edad, perciben mayor cohesión en su ambiente familiar y participan en actividades sociales y recreativas con su familia, lo que disminuye hacia los 16 y más años de edad (Infanzón, 1993).

La percepción de conflictos interparentales intensos dentro del ambiente familiar está asociada con dificultades en el desarrollo social y personal en niños y adolescentes. Los altos niveles de conflicto marital decremantan la probabilidad de que los padres establezcan fuertes relaciones con sus hijos. Los niños y los adolescentes pueden experimentar un incremento de sentimientos de rechazo y un aumento en la distancia emocional entre sí mismos y sus padres. En suma, los altos niveles de conflicto familiar se asocian con problemas psicosociales durante la adolescencia y posteriormente (Jonson, LaVoie & Mahoney, 2001).

La percepción y la interpretación de intensos conflictos interparentales pueden ser más desfavorable para niños y adolescentes en desarrollo, que el acto de ser espectador de dicho conflicto. Se encontró que los reportes de los adolescentes que tuvieron una noción de conciencia ante el conflicto, reportaron mayor dificultad al adaptarse y un incremento en la internalización de síntomas (ansiedad, depresión, etc.). En general, los problemas maritales pueden estar asociados con altos niveles de estrés en hombres y mujeres, y esta sensibilidad puede estar asociada con reportes de internalización de síntomas y de psicopatología en general. Cuando los adolescentes perciben una pobre cohesión familiar (vínculo emocional entre los miembros de la familia y los sentimientos de cercanía) se asocia a elevados sentimientos de depresión y reduce la aceptación social (Jonson *et al.*, 2001).

El conflicto interparental y la baja cohesión familiar están asociados con varias dificultades personales y sociales que incluyen depresión, soledad, agresión y subsecuentemente una pobre adaptación social. El estrés resultante de la exposición a las rupturas del ambiente familiar puede llevar a problemas de adaptación en niños y adolescentes (Fincham, Grych & Osburne, 1994). El examen del conflicto interparental y el decremento en la cohesión familiar han mostrado una relación con los sentimientos de depresión e internalización de síntomas en los adolescentes (Jonson *et al.*, 2001).

La exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

Un estudio llevado a cabo por Rice, Harold, Shelton y Thapar (2006) evaluó la relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes de 16 años de

edad. A través de la Subescala de Ambiente Familiar y el Cuestionario de Humor Depresivo, aplicado en dos periodos con un intervalo de dos años, encontraron una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares

Un estudio realizado en México, en el Estado de Tlaxcala tuvo como propósito evaluar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas, e identificar diferencias en los niveles de depresión por sexo. Los resultados muestran que la mayoría de las adolescentes presentaron índices de depresión mínimos y el grupo de depresión severa fue de 16.8% en la población general. En contraste a lo esperado, se observó que no existen diferencias entre los niveles de depresión que obtuvieron las mujeres y los hombres; con respecto a los niveles de depresión entre los estudiantes de regiones rurales y urbanas, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas. No obstante, los hombres y las mujeres de zonas rurales presentaron puntuaciones más altas, en comparación con la zona urbana. La relación entre depresión y conflictos familiares mostró una relación inversamente proporcional entre la puntuación obtenida por los adolescentes en la *Escala de Depresión* de Beck y la *Escala de Cohesión Familiar* de Moos (1981). Se muestra que el ambiente familiar y los recursos de apoyo con los que cuentan los jóvenes están relacionados con la sintomatología depresiva. Los aspectos socioculturales como el género y el tipo de comunidad en la que habitan los adolescentes son factores importantes en la etiología de la depresión (Álvarez *et al.*, 2009)

Además, se ha encontrado que la depresión se asocia con relaciones disfuncionales caracterizadas por un pobre apoyo familiar, conductas antisociales e interacciones conflictivas (Andrews, Capaldi, Foster & Hops, 2000).

La influencia de la atmósfera doméstica en la socialización del adolescente se extiende a muchas esferas, por lo que, si el adolescente proviene de un hogar conflictivo, es frecuente que desarrolle el hábito de rebelarse contra las normas familiares, un hábito que traslada a las relaciones sociales que establece fuera del hogar. Otra de las aportaciones de un clima hogareño sano es el desarrollo de actitudes hacia el trabajo caracterizadas por la cooperación y la voluntad de empeñarse hasta el límite de su capacidad (Hurlock, 1994). Estas actitudes saludables se generalizan y llevan al buen rendimiento escolar, a tendencias positivas hacia profesores e intereses intelectuales, a una buena adaptación a la rutina de los estudios y al deseo de participar en actividades extraescolares deportivas y de convivencia con una mayor capacidad de establecer relaciones interpersonales.

El clima hogareño afecta de manera diferente la conducta de muchachos y muchachas frente a las citas. Las chicas que no se llevan bien con sus madres se muestran especialmente ansiosas de consumir encuentros románticos y de formalizar la relación a modo de compensación por la falta de felicidad en el hogar. Los varones que tienen buenas relaciones con sus madres salen menos en pareja que los que mantienen una vinculación precaria con su progenitora. Asimismo, los primeros formalizan el noviazgo más tarde que las muchachas. Esta diferencia en cuanto a sexos puede explicarse por las variaciones de las presiones maternas sobre varones y muchachas. Las adolescentes de hogares desgraciados tienden muchísimo más a tener relaciones prematrimoniales y a tener hijos de manera temprana que las muchachas criadas en ambientes felices (Hurlock, 1994). Hoy en día, resulta importante estudiar las condiciones de vida familiar que presentan los adolescentes, ya que la vida sexual activa se presenta como la oportunidad de poderse vincular con otro. A pesar de la información sobre sexualidad y

métodos anticonceptivos, se presentan los embarazos a edades muy tempranas, tratando de remplazar los sentimientos de soledad, abandono emocional e infelicidad.

Se han señalado conflictos que surgen con relación al trato entre padres e hijos, también se describen las ventajas y desventajas de la forma en que se manifiesta dicha relación, llegando a la conclusión de que cuando estas relaciones son positivas, padres y adolescentes pueden percibir un ambiente familiar positivo que favorece el desarrollo hacia la adultez. Satir, afirma que es inútil tratar de efectuar un cambio utilizando control o amenazas. “Cuando una persona es considerada como un individuo de valía, es posible realizar cambios y así sucede”. Continúa diciendo que “los adolescentes no son tontos ni perversos como tampoco lo son los padres. Ambas partes adquieren este aspecto ante la otra cuando no establecen contacto, cuando se presentan ante el otro con amenazas implícitas de enajenación y cuando provocan expectativas catastróficas” (Satir, 1991, p. 331).

#### 2.10.4. El papel de los padres

La relación interpersonal mediante los diferentes papeles familiares constituye el puente entre los procesos internos de la personalidad y la estructura de la familia como grupo. Los papeles familiares de marido - esposa, padre - madre, padre - hijo, y hermano, son intrínsecamente interdependientes y recíprocos. Cada miembro de la familia está obligado a integrarse a múltiples papeles y también a papeles que cada uno de los miembros desarrolla fuera del contexto familiar.

Al parecer, el desempeño de estos papeles tiene un lugar muy importante no sólo en la dinámica familiar, sino en el proceso de formación de la individualidad del adolescente hacia la adultez. El estudio de los papeles fue incorporado a la psicología social por G. H. Mead alrededor de 1927. El papel se define como el conjunto de comportamientos de una persona que son legítimamente esperados por los demás. Comprende las actitudes, valores y comportamientos asignados por la sociedad a toda persona. El papel sería un método para identificarse con un modelo o para enmascarar la personalidad (Cusinato, 1989).

El papel significa seguridad funcional en el comportamiento; los individuos actúan de acuerdo con un esquema que les permite cumplir una determinada función. Se trata de la observancia de un modelo aprendido, modelo de conducta que se organiza en relación con la posición del individuo dentro del grupo interaccional.

La personalidad tiene un lugar esencial en la elección e integración de los múltiples papeles que asume el individuo. Y a la inversa, cada uno de los papeles estará presente en la personalidad, fundamentalmente en lo que respecta a la asimilación de modelos sociales y culturales de orden intelectual, afectivo, estético, práctico, entre otros aspectos que influyen en niveles no muy conscientes en las conductas de los individuos, pero que cada individuo elige y adecua en su conducta concreta.

La rigidez del propio papel va generalmente aparejada a la rigidez en la percepción de los papeles ajenos. En el ámbito familiar, el reparto de papeles entre marido y mujer, pareja parental e hijos, es tanto más rígido cuanto mayor es el matiz conservador de la familia. Sin embargo, la psicología social señala que los papeles son modificables. En el caso de los papeles familiares,

no hay uno natural y preestablecido para la madre y otro para el padre, y puede darse un cierto intercambio de papeles que actualmente es más frecuente de observar.

Al parecer, es necesario conocer las interrelaciones entre la conducta individual y familiar que generan la dinámica del grupo familiar. Los procesos dinámicos de la integración emocional de los individuos en su papel familiar y la organización interna de la personalidad individual pueden permitir identificar factores disposicionales hacia la vulnerabilidad de la estructura psíquica.

Asimismo, se ha observado que la función familiar impacta en diversos aspectos en la psicología del adolescente. La depresión en la adolescencia se asocia con la historia familiar con deficiencias afectivas, con mala relación paternal, con disfunción en la interacción familiar y con una unión familiar insegura (Huerta-Franco & Malacara, 1999).

Se han realizado algunos estudios para corroborar la importancia de la figura del padre en la estructura familiar para la salud psicológica, contrastando familias con padre ausente contra familias intactas. La gran mayoría sugiere diferencias significativas que favorecen la presencia del padre en relación con el desarrollo moral (Hoffman, 1971; Santrock, 1972) el desarrollo intelectual (Amato & Ochiltree, 1987; Biller, 1970; Fry & Grover, 1982; Lessing, Zagorin & Nelson; Parish & Copeland), la autoestima (Amato, 1986; Biller, 1971); la identificación psicosexual (Biller, 1970; Hetherington, 1972; Jacklin, Di Pietro & Maccoby, 1984; McDonalds & Parke, 1984); la adaptación social y el ajuste emocional (como se citó en Castellano & Dembo, 1981).

Se encontró que jóvenes en hogares de un solo padre experimentan un decremento en el control conductual y paternal inmediatamente después del

rompimiento marital (Hetherington, 1972). Otro estudio observó que los adolescentes que viven en familias recién formadas por un solo padre, experimentaban una disminución en el control y responsabilidad paternal, en comparación con los adolescentes que viven en casas estables sin divorcios o teniendo a la madre como cuidador (Belsky, Youngblade, Rovine & Volling, 1991).

Los adolescentes con familias uniparentales frecuentemente experimentan menor supervisión y apoyo familiar, en comparación con las familias con los dos padres. Es así como se ha investigado el impacto que tiene en los jóvenes la separación de sus padres, y se ha encontrado que los jóvenes que tienen a ambos padres viviendo en el mismo hogar, o donde la cabeza de la familia la lleva el padre, presentaron una menor incidencia en el uso de drogas, en comparación con aquéllos en donde el padre nunca ha estado presente, y su papel familiar ha sido llevado por la madre (Jenkins & Zunguze, 1998).

Aunque ambos padres son necesarios idealmente para el adolescente en desarrollo, es interesante examinar la influencia relativa de la madre en comparación con la del padre, y averiguar cuál de los dos tiende a ejercer mayor influencia sobre el niño. La opinión tradicional es que la madre ejerce mayor influencia, debido a la mayor cantidad de tiempo que pasa con el niño. Sin embargo, se afirma que la influencia inmediata del padre sobre sus hijos y el efecto de su influencia sobre la conducta y actitudes futuras de éstos, son al menos tan grandes como las de la madre (Horrocks, 1993).

Aunque la madre es la figura principal en la vida del niño hasta los 10 años de edad, de los 10 a los 16 el padre se vuelve cuando menos igual de importante, con gran posibilidad de que su influencia a largo plazo sobrepase a la de la



madre. Se considera que los años de la adolescencia requieren de una fuerte influencia masculina. Sin embargo, en la época moderna el papel de la mujer ha cambiado hasta el grado de que la madre puede muy bien ejercer su autoridad (Horrocks, 1993).

En la toma de decisiones el padre, madre e hijos deberán desempeñar roles participativos, sin delegar en los demás su propia responsabilidad, evitando caer en relaciones de sumisión y autoritarismo. También la relación padre-hijo puede ser un elemento en el ajuste social del adolescente. “La calidad en las relaciones padre-hijo es el predictor más distal de la competencia social, esto es a su vez, la base de las relaciones interpersonales futuras que los niños y los adolescentes pueden tener” (Barber & Erickson, 2001, p. 329).

Un estudio realizado en Estados Unidos exploró el grado de competencia social, entendida como una función de la historia de las relaciones interpersonales en la vida de los adolescentes. La muestra (N=750) fue evaluada por medio de una encuesta de auto-reporte. Los resultados indicaron que los aspectos positivos de las relaciones padre-adolescente (apoyo, control conductual) evaluados dos años previamente, a través de la calidad de la relación interpersonal, demostró que la identidad social de los adolescentes jóvenes depende de sus experiencias recientes y una variedad de sus relaciones sociales; la relación paterna fue el principal elemento que puede predecir la competencia social (Barber & Erickson, 2001).

El apego seguro en el niño que se distingue por la calidad en las conductas del padre hacia el hijo, pronostica la calidad que el niño va a presentar en su proceso de socialización. Comparado con otros niños, los niños con un apego seguro tienen más amigos, son más simpáticos, empáticos, más populares, son más auto-confidentes y más cooperativos (Bowlby, 1969). Este tipo de

apego hace que los niños y adolescentes desarrollen valores, metas, habilidades, que a su vez ayudan a mejorar la calidad en sus relaciones sociales. La carencia de una clara relación interpersonal entre padres e hijos puede ocasionar una ansiedad interpersonal y una reacción emocional que puede llevar a los niños y adolescentes a presentar un déficit en sus habilidades interpersonales o miedo en las mismas. La insatisfacción interpersonal caracterizada por una baja auto-estima, depresión u otros trastornos afectivos, pueden interferir en la habilidad que tienen los adolescentes en su proceso de socialización (Barber & Erickson, 2001).

Un estudio basado en la teoría del apego y de la tipología de estilos parentales examinó la relación entre variables del contexto familiar y el desarrollo de habilidades de auto-regulación. Se utilizó una muestra de 465 estudiantes que complementaron la Encuesta de Percepciones y Actitudes del Estudiante que incluye 4 escalas de perfil personal, 7 escalas de clase familiar, y 2 escalas de hábitos de estudio. Se utilizó un análisis de correlaciones. Los resultados de este análisis arrojaron que unos padres autoritarios y una cercanía emocional familiar, predice que los adolescentes se formulen objetivos personales y profesionales; además, presenten sentimientos de control sobre sus vidas académicas. Los estudiantes que monitorean y mantienen sus progresos escolares reportaron que sus padres seguían perfiles autoritarios y seguros en comparación con aquellos estudiantes que expresaban tener familias con un estilo inseguro-ambivalente (Strage, 1998).

El estudio realizado por Palacios y Andrade en 2006 sobre los factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes, señala que las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales perciben un mayor apego y comunicación tanto de su mamá como de su papá además de un menor

rechazo y una mayor comunicación sobre sexualidad con su mamá, en comparación con las adolescentes que tienen relaciones sexuales. En relación a los varones adolescentes que han tenido relaciones sexuales se encontró una mayor comunicación sobre sexualidad y la permisividad de ambos padres.

El apego entre los padres y el niño juega un papel crucial en el desarrollo de la salud del niño. Las alteraciones en la unión paternal podrían estar vinculadas a la salud mental del niño y el adolescente, trastornos psiquiátricos atribuidos a desviaciones que ocurren en el desarrollo de la conducta de apego con una débil conducta de ajuste social. Bowlby (1988), sugiere que aquéllos individuos que sufrieron trastornos psiquiátricos mostraron un grado de diferencia en su capacidad de afecto. Se han valorado los efectos de las actitudes paternas sobre la psicopatología. Se estudió la relación entre el grado de unión emocional entre los miembros de la familia y niveles de sintomatología en el adolescente encontrando que, quienes percibían a su familia con un menor grado de cohesión reportaron más síntomas psicopatológicos (cansancio por las mañanas, temblor en las manos y un menor apetito) (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour & Shalev, 1997).

Un estudio realizado con 847 adolescentes israelitas, 365 hombres y 482 mujeres, identificó un mayor cuidado maternal hacia la población femenina en comparación con los hombres. La población de adolescentes con un alto cuidado y un menor control, reportaron menos estrés, mayor bienestar general y menor apoyo social (Canetti *et al.*, 1997).

### 2.10.5. Apoyo parental

El apoyo parental es más importante para los adolescentes en comparación con el apoyo de sus contemporáneos. Se ha señalado que la influencia del apoyo social parental tiene una influencia mayor sobre el bienestar de los adolescentes que el apoyo que ofrecen los compañeros (Beest & Baerveldt, 1999).

En Estados Unidos se realizó un estudio donde se examinó la relación entre el apoyo social de padres y de compañeros en los adolescentes. Se comprobaron tres hipótesis: 1) Los adolescentes quienes experimentan un poco apoyo paternal podrán compensarlo con el apoyo de sus compañeros. 2) La carencia de un apoyo paternal puede no ser compensado por el apoyo de los compañeros. 3) Los adolescentes en estas circunstancias carecen de habilidades y oportunidades para adquirir apoyo social de cualquier otra persona, incluyendo de sus compañeros. Estas hipótesis fueron comprobadas en una muestra de 1,528 estudiantes de secundaria, de 14 a 16 años de edad. Los resultados señalan que en la hipótesis 1, se percibió una asociación negativa entre la percepción del apoyo de los padres y la percepción de los compañeros. Con respecto a la hipótesis 2, no se encontró asociación en que el apoyo social de los compañeros compense la carencia percibida del apoyo social de los padres. Con respecto a la hipótesis 3, se confirmó una correlación positiva entre la percepción de apoyo parental y la percepción del apoyo de los compañeros. La percepción de la carencia del apoyo parental no fue sustituida por el apoyo de los compañeros (Beest & Baerveldt, 1999).

La falta de apoyo parental puede generar tristeza, soledad, ausencia de comunicación. Por eso, algunos adolescentes desarrollan conductas de riesgo, antisociales o cualquiera otra, de rebelión, como una posibilidad de

reclamo y subsanar su existencia. Al respecto, un estudio realizado en la Universidad de Nebraska con 124 adolescentes tardíos reveló que el ambiente familiar está relacionado con características del desarrollo personal del adolescente y con las interacciones sociales. El decremento en la cohesión familiar y el incremento en el conflicto interparental pueden provocar ambientes familiares que están asociados con un incremento en los sentimientos de soledad, que a su vez también puede estar asociado con problemas en las interacciones sociales de los adolescentes (ansiedad, evitación social, entre otros). El análisis de las respuestas reveló que los sentimientos de soledad estuvieron relacionados con la percepción de niveles de conflicto interparental para hombres y para mujeres, y un decremento en la cohesión familiar para mujeres. Posteriormente, los sentimientos de ansiedad social de estos adolescentes y la evitación social estuvieron relacionados con sus sentimientos de soledad. Los hallazgos de este estudio mostraron que los sistemas familiares deteriorados pueden provocar sentimientos de soledad en los adolescentes (Jonson, LaVoie & Mahoney, 2001).

Algunos adolescentes se muestran inseguros y desconfiados, en su experiencia de vida previa no incluyen sentir y vivir el afecto de los padres que brindan la dirección hacia el proyecto de vida con el apoyo y la confianza en sí mismos. La experiencia afectiva y la capacidad de goce se tornan vacías, y quizá nunca integradas como una necesidad, lo que permite que surja una demanda afectiva de atención. El crecimiento se da al margen del reconocimiento y la valía de los individuos, de ahí que aparece un espacio para el desarrollo de la psicopatología.

En el caso de los hombres, se considera que el pobre soporte familiar reportado tiene dos posibles explicaciones. En la primera, se aduce que el grupo familiar no cuenta con las habilidades para brindar apoyo debido a la

dinámica familiar; en la segunda, se plantea que aunque es capaz de hacerlo, no lo lleva a cabo debido a que el hombre no lo solicita para no ir en contra de los preceptos sociales. Y se concluye que la combinación de un ambiente familiar empobrecido y disfuncional que no provee apoyo, además, de una tendencia masculina a evitar pedir ayuda, está asociada con el reporte de depresión en los hombres (Londoño & González, 2016).

Un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos examinó la relación entre el conflicto padre-adolescente, la conducta prosocial y antisocial en 445 adolescentes chinos. Los resultados mostraron que el conflicto padre-adolescente y el conflicto madre-adolescente se relacionaron con las conductas prosocial y antisocial del adolescente. El análisis longitudinal mostró que el conflicto padre-adolescente predice la conducta antisocial pero no la conducta prosocial. Los teóricos han propuesto que el conflicto con la familia juega un papel importante en el desarrollo de niños y adolescentes, y el conflicto padre-adolescente ha sido reconocido por los clínicos como un actor etiológico en el desajuste del adolescente (Shek & Keung, 2001). La pérdida o falta de una figura paterna puede obstaculizar la integración de la figura de autoridad y el reconocimiento de todas aquellas figuras que representan autoridad en los diferentes ámbitos y momentos de la vida. Así como, la falta de una adecuada supervisión y comunicación, frente a la necesidad de afecto y de aceptación.

#### 2.10.6. La economía familiar y el adolescente

Hoy en día es necesario considerar que el ingreso económico familiar es un tema importante de abordar en el estudio de la familia, los individuos, y con ello el desarrollo de los adolescentes. De acuerdo con los datos reportados en

por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el informe Panorama Social de América Latina, México fue el único país que en 2012 aumentó el nivel de pobreza de 36.3% a 37.1%, reportó de 2011 a 2013 incremento de la pobreza con una tasa anual del 0.4%; mientras que, en 10 países disminuyó la pobreza y otros mantuvieron el nivel de pobreza. Así, el incremento de la pobreza, el bajo nivel adquisitivo, el aumento en el número de familias separadas, divorciadas y las familias uniparentales, han suscitado que los adolescentes asuman más responsabilidad en sus familias, tales como los quehaceres domésticos, el cuidado de los hermanos, y la realización de una actividad productiva remunerada de forma temprana.

Para algunas familias, las responsabilidades de ingreso de los adolescentes puede contribuir a incrementar la cercanía con los padres, y a mantener relaciones más estrechas con estos (Taylor, Field, Yando, González, Harding, Lasko Muellar, & Bendell, 1997).

Durante una investigación realizada en Estados Unidos con 725 estudiantes de secundaria y preparatoria se desarrolló y aplicó una escala sobre las percepciones de los adolescentes sobre su responsabilidad de los ingresos familiares (definido como ayuda de afuera y ser el soporte). A los adolescentes se les administró esta escala junto con medidas de auto-reportes, sobre la intimidad con los padres y contemporáneos, como también otras variables psicológicas (auto-estima, depresión, riesgo-ingreso, y uso de drogas). Estos resultados revelaron que los adolescentes que sintieron que asumían mayor responsabilidad familiar, reportaron menos depresión, más relación íntima con sus padres y una alta auto-estima (Taylor *et al.*, 1997).

Por otro lado, el estudio realizado en Estados Unidos examinó el impacto del empleo en los adolescentes y los procesos familiares. Los datos fueron

obtenidos de 725 adolescentes trabajadores, y de las escalas de procesos familiares maternos y paternos (bondad y confiabilidad, control y supervisión, conflicto, comunicación íntima y comunicación instrumental) a través de tres categorías de adolescentes: 1) no trabajadores, 2) trabajadores de baja-intensidad (menos de 20 horas por semana) y 3) trabajadores de alta-intensidad (más de 20 horas por semana). Los resultados muestran que los trabajadores de baja-intensidad reportaron altos niveles de procesos familiares (bondad y confiabilidad), los trabajadores de alta-intensidad niveles menores. Se ha encontrado que los adolescentes que no trabajan reportan niveles altos de conflicto con los padres, ya que el trabajo, se ha asociado con menos hostilidad hacia ellos. También se ha observado que los adolescentes que trabajan con una menor intensidad, se asocia con una mayor comunicación con ambos padres (Pickering & Vazsonyi, 2002).

Los estudios realizados consideran que los adolescentes que trabajan más de 20 horas a la semana muestran un pobre rendimiento académico, problemas físicos y múltiples formas de conductas problemáticas (Pickering y Vazsonyi, 2002). Los autores consideran que la intensidad en la actividad productiva genera daños a la salud, conductas desadaptativas y bajo rendimiento académico, que ocasiona el abandono escolar.

En cambio, cuando el ambiente familiar fracasa en la integración del proceso de responsabilidad y en aportar elementos espirituales, sociales y emocionales a través de un sistema de valores, los jóvenes se viven víctimas de sí mismos, carentes de autoconocimiento y aferrados a la sobreprotección familiar. En el caso de jóvenes con gran capacidad económica familiar, la atención se centra en muchas ocasiones en la posesión de objetos que les brindan seguridad y es común que los bienes se utilicen como sustento social ante la carencia de afecto y valores como medio de participación activa en la



construcción del mundo social. Pocos jóvenes están conscientes de no ser merecedores de su abundancia material y de la falta completa de esfuerzo para obtener satisfactores.

Un estudio realizado en Estados Unidos con 1,077 adolescentes puertorriqueños analizó algunas características sobre las experiencias familiares, las implicaciones de la delincuencia y las influencias socioculturales. Gran parte de la población urbana rural se encuentra en condiciones de pobreza, en un entorno marginal. La delincuencia está relacionada con los desacuerdos familiares, con las riñas, la separación paterna, el rechazo y las interacciones hostiles en la familia; además de la falta de supervisión paterna (Patterson, 1982). Cuando los miembros de la familia dedican más tiempo al adolescente durante las tardes y los fines de semana, se reduce la oportunidad de cometer conductas delictivas o criminales (Pabón, 1998).

En México, de acuerdo con los resultados del Módulo de Trabajo Infantil, de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de 2007 (INEGI, 2008) están trabajando 3.6 millones de niños, niñas y adolescentes entre los 5 y 17 años. Esto equivale al 12.5% de la población infantil de este mismo rango de edad. De ellos, 1.1 millones son menores de 14 años. La actividad productiva de los adolescentes es más evidente aún con la presencia de ambos padres y sus relaciones podrían ser menos verticales. Sin embargo, se sabe que aún prevalecen relaciones autoritarias de sometimiento y explotación. En condiciones de pobreza de un país subdesarrollado que ponen en desventaja a los adolescentes privándolos del desempeño de la actividades propias de su edad, como son ir a la escuela, hacer sus tareas, estudiar y tener actividades recreativas, necesarias para el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.

Hoy la familia enfrenta dificultades relacionadas con la educación, la formación familiar, la vivienda y la economía en general. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar. Es posible reconocer que los factores macrosociales interactúan con los factores internos de la dinámica familiar transformando las condiciones sociales y culturales de la convivencia familiar.

Ante este contexto, entre los jóvenes hay quienes viven el presente con la convicción de poder aceptar retos, así como desarrollar esfuerzos fructíferos para satisfacer propósitos y fines sanos que favorezcan el desarrollo personal y social. Estos adolescentes viven su existencia, creen y colaboran con el presente sin desentenderse del pasado, tienen amplios horizontes y fe en sí mismos porque confían en el porvenir. Sus condiciones ambientales familiares y sociales, además de su fortaleza emocional y espiritual, los hace capaces de desarrollar una personalidad fuerte pues se conocen, se aceptan a sí mismos; y crean una vida satisfactoria.

### III

## FAMILIA Y PSICOPATOLOGÍA

La personalidad es el núcleo de la individualidad de una persona, y determina la manera como ésta se ha de adaptar a su ambiente. Se le ha descrito como la estructura de los significados y hábitos personales que le confiere dirección a la conducta. La personalidad constituye el sistema de acción de un individuo. Existen muy diversas maneras de describir la personalidad, que van desde la descripción atomística de un solo rasgo, hasta la concepción holística de un conjunto de rasgos. Precisamente es la interacción de los rasgos la que dificulta hacer una descripción realista de este concepto (Horrocks, 1993).

Muchas de las investigaciones realizadas en este campo se han basado en el concepto de rasgos como constantes de la personalidad, ya que se puede describir a una persona por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo como es el caso de las Teorías de Cattell (1950), Eysenck (1970), Buss y Plomin (1975).

La importancia que el estudio de la personalidad en la psicología puede explicarse en función de varias razones: primero, permite entender los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser o comportarse de determinada manera. Segundo, integra en un sólo concepto los conocimientos que podemos adquirir por separado de aquellas facetas abstraídas de una

totalidad (la persona), como son la percepción, motivación, aprendizaje entre otros procesos. Tercero, aumenta la probabilidad de predecir con mayor exactitud la conducta del individuo. Por último, nos ayuda a entender cómo se interrelacionan los diferentes factores que integran la personalidad (Anastasi & Urbina, 1998).

“El término personalidad por lo general se refiere a las características únicas y distintas de cada persona respecto de los demás. La personalidad implica lo predecible en la acción o reacción de una persona ante diversas circunstancias y es el elemento en que se sostienen el pensamiento, las emociones y la conducta” (Dulanto, 2000. p. 180).

La dificultad o discrepancia sobre la personalidad radica en la interacción de los rasgos. Una persona extrovertida con perfiles de poca ansiedad es muy diferente de otra extrovertida con altos niveles de ansiedad. Más aún, la descripción de la personalidad no puede ser mejor que la validez y la confiabilidad de los medios utilizados para obtener información sobre los rasgos de personalidad y la interacción entre éstos.

Para Sullivan (1953) la personalidad es “el patrón relativamente permanente de situaciones personales recurrentes, características de la vida humana”. Dicho de otra manera, Sullivan considera que la personalidad consiste fundamentalmente en la actividad interpersonal, o que la esencia de la personalidad es el trato interpersonal. Insiste mucho en que el individuo no puede existir como algo distinto de sus relaciones con otras personas. La definición de uno mismo, según Sullivan, está entrelazada de relaciones; es decir, toda persona es una o varias de las siguientes cosas: padre, hermano, primo, amigo, novio, estudiante o hermana, hija, sobrina y también confidente, vecina o compañera de cuarto. Cada una de estas relaciones recíprocas

supone “otra persona con algún significado” para la propia definición de sí mismo y para poderse comprender a sí mismo (Mackinney, Fitzgerald & Strommen, 1982, p. 126).

La personalidad puede ser un constructo muy amplio, son numerosas las definiciones de personalidad; sin embargo, muchas incluyen el concepto de las diferencias individuales en la conducta, pensamiento y emociones que caracterizan a un individuo, además de que en el estudio de la personalidad se debe examinar la manera en que los individuos interactúan e influyen en sus propias situaciones vitales. De ahí que la personalidad debe ser evaluada en diferentes contextos, interactuando con otras “personalidades” en diferentes situaciones (Ampudia, 1998).

Un elemento de coincidencia sobre la personalidad es que ninguna persona es igual a otra. Y aun cuando el término personalidad se ha definido de diferentes formas y ha sido de constante estudio e interpretación, es un vocablo tan amplio que puede incluir todos los rasgos del individuo, como las características físicas, las cualidades temperamentales, la conducta expresiva, los entornos sociales de la experiencia y los síntomas patológicos.

La personalidad tiene que ver con la identidad y la diferencia. Dado que existen regularidades en la conducta que persisten a lo largo de la vida, por tanto, la identidad de una personalidad tiene que ver con su estabilidad, con lo que es consistente y predecible de una persona. La diferencia se refiere a lo que distingue a una persona de otra y la hace única y distinta.

El término de rasgo de la personalidad se refiere a los patrones constantes en la forma en que el individuo se comporta y piensa. El término tiene dos connotaciones: la persistencia y la distinción. Por persistencia, se entiende

que el rasgo describe una regularidad en la conducta de la persona. La persona parece estar predispuesta a actuar en la forma descrita. La distinción, es entendida como las características psicológicas por las que las personas difieren, es decir por los atributos que hacen a una persona distinta en comparación con las demás (Cervone, 2009).

“La personalidad es un constructo hipotético, una síntesis mental y es también, una manera de dar significado a las observaciones. La personalidad no está sujeta a más observación directa. Su naturaleza, tanto nomotética como ideográfica se infiere de la consistencia de “pensamientos, sentimientos, y patrones de acción” (Cervone, 2009).

Las afirmaciones acerca de la personalidad son, de hecho, afirmaciones probabilísticas. Aunque los individuos se comporten de forma consistente en distintas circunstancias, nadie es totalmente predecible.

La conducta está determinada por múltiples causas. Para describir las dimensiones más importantes de la personalidad se ha propuesto el análisis de factores tales como los estudios analítico-factoriales de la personalidad que han descrito sistemáticamente dimensiones de la personalidad.

Se ha descrito una forma de abordar la personalidad y la psicopatología que gira alrededor de la interconexión entre el individuo y su ambiente social. Este nuevo énfasis en la interacción de la personalidad y la psicopatología ha sido un verdadero cambio de paradigma. A pesar de esta apreciación tan positiva en la psicología clínica, no es todavía una teoría que esté formalizada, sino más bien una forma de plantear el estudio de la conducta humana ya que se trata de un enfoque teórico que especifica que determinado aspecto es muy

importante cuando se consideran los rasgos de personalidad mediadores de la conducta patológica en el adolescente (Ampudia, 1998).

### 3.1. Rasgos y características de personalidad en el adolescente.

Para la segunda mitad del siglo pasado, la adolescencia fue descrita como un periodo de introversión, y algunos escritores hablaban de una “crisis de introversión”, que surge alrededor de los 14 y 15 años. Ames (1966), realizó un estudio sobre las puntuaciones obtenidas en la prueba de Rorschach. La investigación afirmó: “Las puntuaciones medias son de introversión en todas las edades de los 16 a los 19 años, más aún, la mayoría de los individuos de estas edades son introvertidos”. Sin embargo, Ames indicó que cualquier adolescente es indudablemente más introvertido en algunas edades que en otras. Entre los 10 y los 16 años hay periodos de mayor restricción, alternados con otros de comportamiento más libre, de acuerdo a esto la autora Ames mencionó lo siguiente: “El adolescente no sólo entra a una etapa de introversión y después sale de ella, aunque el periodo sea más restringido; más bien, vive una secuencia de fases en que las tendencias restrictivas o de introversión alternan con la extroversión” (Horrocks, 1993 p. 64 y 65).

Otras investigaciones previas señalan, que los niños extrovertidos provienen, por lo regular, de familias con prácticas de crianza positivas como son el intercambio de opiniones, el reconocimiento de sus miembros, en un clima de aceptación y amor. Por el contrario, los infantes introvertidos, provienen de familias en las cuales la conducta de los padres es negativa, es decir, de indiferencia y rechazo. Murray (1938) en su estudio sobre las necesidades,

observó que los individuos susceptibles e introvertidos eran personas cuyos padres les habían inculcado temores, los habían hecho sentirse rechazados, faltos de apoyo, hipersensibles al peligro, al ridículo y al castigo. Por su parte, Baldwin, Kalhorn & Breese (1949) en su estudio sobre la conducta de los padres, descubrieron que los niños comunicativos y sociales, sin importar si su conducta era amigable u hostil, provenían de familias donde la conducta de los progenitores era afectuosa. Además, Hoffman señaló (1963) que los niños libres de conflicto y con sentimientos de afecto hacia sus compañeros, también provenían de hogares en los que la interacción con los padres excluía las actitudes punitivas.

La hostilidad como la ansiedad, pueden tener su origen en la falta de habilidad para relacionarse o manejarse ante determinadas situaciones familiares o del entorno social. Las condiciones que privan durante el crecimiento como es empezar a asumir la vida adulta, o tener tratos con adultos cuando todavía se es adolescente, así como los nuevos ajustes inherentes al desarrollo corporal, hacen que la adolescencia en muchos casos resulte una etapa compleja de la vida.

Durante la adolescencia la falta de experiencia o las exigencias de los adultos no dan margen a que se desarrolle una conducta de enfrentamiento adecuada. Cuando un adolescente desafía en una forma u otra la autoridad de un adulto, casi siempre se trata de una reacción debida a las condiciones del crecimiento, y a las incógnitas y sentimientos que el adolescente tiene respecto a su incipiente estado adulto (Horrocks, 1993).

Count (1967) considera que en la mayoría de los casos la hostilidad tiende a permanecer como un factor oculto. Sin embargo, puede manifestarse en formas tales como la rebelión cotidiana en contra de la autoridad de los



adultos, en comportamientos de ocio, uso de drogas, conductas delictivas y destructivas, la agresión desplazada, los fraudes escolares, el travestismo, la militancia a favor de causas extravagantes y la transgresión de las normas escolares. Todas estas conductas producen ansiedad, y cabe esperar que el adolescente que incurre en ellas, presenta gran ansiedad, ya sea oculta o manifiesta.

Parece ser que la adquisición de mayor experiencia y seguridad en uno mismo, y de conductas de enfrentamiento más adecuadas, disminuye la necesidad de ser hostil, con la consiguiente disminución de la ansiedad. Por lo que se ha dicho, se puede aventurar la hipótesis de que cuanto más joven y menos experimentado sea un adolescente, más probable será que el ambiente le produzca ansiedad. Cattell y Coan observaron (1957), que conforme aumenta la edad, hay una disminución en las puntuaciones de los niveles de ansiedad. Además, las mujeres presentaron niveles más elevados en comparación con los varones. Sin embargo, es posible considerar que conforme crecen los adolescentes, pueden adoptar una actitud defensiva, en la medida en que adquieren una posición de estatus y una perspectiva de sí mismos más positiva con cualidades deseables al contexto social.

La adolescencia no es un periodo lineal, se caracteriza por contener procesos contradictorios: en que se desea la independencia y requiere de la dependencia; se integra a un grupo, con el que busca identificarse, y al mismo tiempo busca la soledad; se presenta el pensamiento abstracto desarrollando ideologías y mantiene en ocasiones aún pensamiento concreto propio de la infancia.

Asimismo, el desarrollo intelectual está determinado por la capacidad de abstracción y de llegar a hipótesis deductivas que le permitan tener un papel

imparcial en sus juicios de valor, aunque aún prevalezcan rasgos de egocentrismo.

Los adolescentes utilizan la discusión como una manera de integrarse con nuevas habilidades y conocimientos sobre un tema y dar un punto de vista. Así también, los adolescentes tienen problemas de indecisión, para ajustar su mente incluso con cosas muy sencillas porque son más conscientes de las nuevas opciones que ofrece la vida.

También en cuanto a su pensamiento, el adolescente entiende que lo que él piensa, lo piensan los demás. Así, los adolescentes tienen problemas para distinguir, entre lo que les interesa a ellos y lo que les interesa a los demás.

Otro aspecto a considerar son las creencias en los adolescentes de que ellos son especiales, de que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que rigen al resto del mundo. Este aspecto del egocentrismo juvenil se demuestra con mucha fuerza en la adolescencia temprana y se convierte en la base de buena parte del comportamiento autodestructivo, porque los adolescentes piensan que se hallan protegidos mágicamente contra el peligro.

“Una niña piensa que ella no puede quedar embarazada; un muchacho cree que él no puede morir asesinado en la autopista; los adolescentes piensan que ellos no pueden quedar atrapados por las drogas. Este supuesto inconsciente de invulnerabilidad (“estas cosas le suceden solamente a otras personas, no a mí”) explica el por qué muchos adolescentes toman riesgos” (Papalia & Wendkos, 1998, p. 570)

Al respecto, “en la adolescencia hay cambios notables en los estímulos que provocan emociones, así como también hay cambios en la forma de la

respuesta emocional. Sin embargo, hay una similitud entre las emociones de la infancia y las de la adolescencia: tanto en uno como en otro período las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas, el pesar, los celos y la envidia. Las emociones placenteras –alegría, afecto, felicidad o curiosidad- son menos frecuentes y menos intensas, en particular en los primeros años de la adolescencia” (Hurlock, 1994, p. 90).

A medida que la cantidad y la intensidad de los temores decrecen, éstos son reemplazados por la preocupación. Se trata de una forma de miedo que tiene su origen en causas imaginarias. En toda preocupación hay un elemento real, pero exagerado fuera de toda proporción.

Como el miedo, la preocupación es específica en cuanto se refiere a una persona, a una cosa o a una situación. El adolescente se preocupa por un examen, por su aptitud para pronunciar un discurso frente a un grupo o por sus posibilidades de obtener un empleo. Las presiones sociales tienden a incrementar la frecuencia e intensidad de esta zozobra. Las preocupaciones están influidas por los valores y se van modifican según la edad.

La ansiedad, como la preocupación, es una forma del miedo. La ansiedad se distingue de la preocupación y del miedo en un aspecto principal: es un estado emocional generalizado y no específico. En otros términos, el individuo no estará ansioso respecto de una cosa específica; está excitado en general o en un estado de desasosiego.

La ansiedad tiene origen en la repetición de diversas preocupaciones, cuanto más a menudo se preocupe el adolescente y cuantas más preocupaciones diferentes tenga, mayores probabilidades hay de que éstas produzcan un

estado de ansiedad generalizado. Lo que provoca su ansiedad, como lo que le preocupa, está determinado culturalmente (Hurlock, 1994).

La ira puede presentarse como consecuencia de la interrupción de actividades habituales, el fracaso en actividades emprendidas y los proyectos frustrados. Los varones se encolerizan con más frecuencia que las muchachas por cosas que no funcionan como quisieran y por su propia ineptitud. A las muchachas, por su parte, las enfurece más la gente y las situaciones sociales. El adolescente mayor se vale de ataques verbales en sustitución de las agresiones físicas que fueron su norma. Se vuelve ofensivo, jura y descarga sarcasmos, ridiculiza y humilla a su adversario (Hurlock, 1994).

El grado de duración del enojo en el adolescente depende de su edad y de su forma de manejar la ira. En el de mayor edad la ira tiende a perdurar no porque sea de naturaleza más grave sino porque él ha aprendido a suprimir su expresión. Como consecuencia, la ira queda latente y asume la modalidad del humor huraño (Hurlock, 1994). Los factores que estimulan con más fuerza a la ira en la adolescencia son las relaciones interpersonales a nivel familiar, el grupo de pares y la relación con la autoridad.

Los estudios realizados sobre la hostilidad y la ira de los adolescentes, que pertenecen a las dimensiones cognitivas y emocionales de la agresividad, se asocian con experiencias negativas, la hostilidad; pueden también resultar de conflictos que proceden de los padres, que en ocasiones trae como consecuencia el trastorno conductual alimenticio. La ira y la hostilidad pueden también relacionarse con la impulsividad de pacientes bulímicos, o bien, con pensamientos de robo, cleptomanía, promiscuidad sexual y abuso de sustancias (Miotto, de Coppi, Frezza, Petretto, Masala & Preti, 2003).

Los disgustos son irritaciones o sentimientos desagradables, no tan intensos como la ira, estructurados como resultado del condicionamiento; provienen de experiencias exasperantes con personas, con hechos o incluso con los propios actos. Las frustraciones son una respuesta a la interferencia en la satisfacción de alguna necesidad. Pueden resultar de la privación que surge del medio o de la incapacidad del individuo para alcanzar un objetivo en razón de su propia insuficiencia.

Algunas frustraciones más comunes entre los adolescentes son: físico no apropiado al sexo o carente de atractivos, salud deficiente que limita la participación en las actividades del grupo de pares, dinero insuficiente para tomar parte en los intereses del mismo grupo, rasgos de la personalidad que interfieren en la aceptación social y falta de capacidad para lograr objetivos establecidos por el mismo individuo. La mayor parte de estos obstáculos que limitan el éxito, se encuentran en los mismos adolescentes, vinculados a la falta de estrategias sociales y los conflictos con las normas familiares.

Los celos aparecen cuando una persona se siente insegura o temerosa de que su posición en el grupo, o en el afecto de alguien importante para ella, esté amenazada. El estímulo para los celos siempre es de origen social. La fuente puede ser cualquier situación que involucre a personas por las cuales el individuo siente un afecto profundo o cuya atención y aceptación anhela, pudiendo estar relacionada con el miedo y la ira o los disgustos en su expresión menor.

Cuando el adolescente se hace mayor, las amenazas a su seguridad provienen más de las relaciones establecidas fuera del hogar que de las hogareñas. En consecuencia, en la adolescencia final los celos entre hermanos son menos comunes que los celos entre compañeros.

La reacción celosa típica del adolescente es verbal. En lugar de emprender un ataque físico presente en la infancia contra quien lo pone celoso, lo habitual es que reaccione por medio del lenguaje. Esta reacción sustituta asume muchas formas, de las cuales las más comunes son el sarcasmo, el ridículo y la alusión despreciativa al individuo cuando no está presente para defenderse. Una forma más sutil de ataque verbal es la de hacer comentarios despectivos respecto de las cualidades del adolescente (Hurlock, 1994).

La envidia es similar a los celos en cuanto a que es una emoción dirigida hacia un individuo. Sin embargo, difiere de ellos en un aspecto importante. No es el individuo en sí quien estimula la envidia, sino sus posesiones. Muchas veces el envidioso tratará de menospreciar el valor de las posesiones ajenas o aún ridiculizarlas como forma de compensar su falta. Esta actitud de descrédito ayuda al adolescente a dominar el enojo que siente cuando se da cuenta de que otros tienen más que él (Hurlock, 1994).

Para los adolescentes la fuente principal de lo nuevo reside en su propia maduración sexual y en la de sus pares. Además del interés en el sexo, el adolescente también siente curiosidad por los fenómenos científicos, por la religión y por las cuestiones morales. Sin embargo, éstos son mucho menos universales que el sexo en cuanto a la atracción que ejercen. También el joven despierta curiosidad en el contexto social, la convivencia de nuevas formas de entretenimiento y el consumo de sustancias tóxicas, así como otras experiencias de riesgo, que dañan su salud.

El afecto es un estado emocional placentero de intensidad relativamente leve; dirigido a personas, animales u objetos. Los afectos se estructuran a través de asociaciones placenteras; no son innatos. Las personas tienden a gustar de

quienes gustan de ellas y de quienes son amistosos con ellas. El afecto puede dirigirse hacia personas del otro sexo, pero no contiene elementos del deseo sexual ni tiene la intensidad del amor. Los estímulos que suscitan el afecto en la adolescencia difieren de los que actúan en la infancia (Hurlock, 1994).

En la infancia el afecto es despertado por personas, objetos (como los juguetes) y animales domésticos. En la adolescencia los afectos son más intensos y están suscitados primordialmente por personas, rara vez por objetos inanimados y sólo en ocasiones por animales (en especial animales domésticos). Los estímulos que despiertan el afecto en la adolescencia son los compañeros o personas adultas ajenas al hogar.

Así, el adolescente demuestra su afecto mediante el deseo de estar con la persona que lo origina, por medio de pequeños favores hechos con la esperanza de complacerla, observarle y/o escucharle con atención en todo lo que hace y dice. Además, es tolerante y leal con el objeto de su afecto. Por tanto las experiencias socio-afectivas satisfactorias adquieren relevancia durante la etapa adolescente las cuales se asocian a su bienestar psicológico.

### **3.2. Entre lo normal y la psicopatología.**

Es conveniente considerar que desde el punto de vista del neurodesarrollo, existe un periodo de proliferación sináptica que ocurre durante la pubertad y la adolescencia, así como también, se lleva a cabo la supresión de conexiones inactivas. Esto se complementa con la mielinización o fortalecimiento de las sinapsis que se mantienen y utilizan, particularmente en la corteza prefrontal. Todo este proceso no es independiente del contexto y se verá influido por las experiencias vividas del individuo (Oliva, 2012).

Así, el desarrollo intelectual del adolescente está dado por la capacidad de abstracción y la elaboración de un pensamiento hipotético deductivo, desarrollando la capacidad de juicio y razonamiento (Piaget, 1995).

El desarrollo moral alcanza su nivel óptimo en esta edad, se espera que el adolescente aprenda a distinguir el valor de sus actos y, en consecuencia, obrar de acuerdo a las normas de la sociedad. Sin embargo, un número considerable no alcanza este desarrollo. Factores individuales y familiares como sociales actúan en ello. Otro aspecto fundamental de estructuración son las expectativas vocacionales del adolescente, que determinan el desarrollo posterior, el trabajo, y la profesión que desempeñará en el futuro.

Todas estas conductas y pensamientos señalan la presencia del impulso a crecer, y desarrollarse en convivencia de los procesos regresivos, lo cual es característico de la adolescencia y hace decir a varios autores, que este momento en la vida, es la última oportunidad de resolver los conflictos pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo sin ayuda especializada (Blos, 1971).

Pero esta resolución se da en aquellos sujetos cuyo psiquismo está bien constituido, donde no encontramos fallas importantes en su desarrollo; además de condiciones familiares adecuadas y un medio ambiente social favorable, facilitador de los procesos integrativos; cuando falla alguno de estos elementos nos encontramos con los adolescentes que expresan una desadaptación que puede derivar en trastornos psicológicos.

El psicólogo debe ejercer una función preventiva sobre los trastornos susceptibles de afectar a la personalidad, cuyas consecuencias con



frecuencia no se manifestarán sino mucho después de los acontecimientos que habrán estado en su origen. Por ello, deberá conocer el desarrollo normal y anormal del adolescente, que le permitan detectar a tiempo riesgos que vulneran su bienestar psicológico y su estado de salud en general.

La estructura de la personalidad está concebida como algo relativamente estable de carácter predecible, permitiendo anticipar determinado tipo de reacción bajo una cierta situación; así como una resultante de componentes antagónicos, siempre susceptibles de variaciones en cantidad y calidad. Al rebasar un cierto umbral, puede implicar modificaciones que se transforman en otras, de ahí el surgimiento de las alteraciones patológicas.

A pesar de las tensiones a las que se encuentra sometido el adolescente normal, logra vivir esta etapa del desarrollo con una buena capacidad adaptativa durante la transición. Aún con fricciones con los padres y con el mundo de los adultos, el adolescente normal continúa su desarrollo sin que experimente grandes conflictos.

El adolescente normal se compromete en una ocupación en forma más o menos consistente, con mayor o menor afectividad, dedicación e interés intermitentes, pero manteniendo cierto nivel de funcionalidad. También la conducta normal de los adolescentes muestra situaciones inaceptables como reprobación de una materia, fumar, beber sin moderación en algunas circunstancias o incluso, incurriendo en conductas inaceptables como mostrar altanería, insolencia o cierto grado de rebeldía hacia padres y demás figuras de autoridad. También puede llegar a cometer conductas hasta cierto punto antisociales, respaldándose en el grupo.

Una noción que puede favorecer la comprensión de la psicopatología en el adolescente es el criterio social de normalidad. Este criterio se utiliza, para decidir sobre la normalidad o la anormalidad de un individuo, la reacción que el mismo provoca en la mayoría de las personas que constituyen el grupo social de referencia. Es decir, es el consenso general del grupo social lo que determina la normalidad o anormalidad de cada uno de sus componentes. Una definición que encaja con este criterio es la de que “Una secuencia de actos personales puede considerarse como normal cuando, tomando en consideración las circunstancias que la motivaron y el ambiente en que se desarrolla, sería prevista y consentida sin esfuerzo por el grupo social en que se produjo” (Coderch, 1991, p. 65).

El proceso psicológico adolescente se considera normal mientras mantiene su movilidad y características plásticas. Cuando el proceso se detiene o se paraliza y el adolescente adopta la estabilidad inapropiada en un nivel de poco control, puede considerarse que dicho proceso se ha tornado patológico. En general se considera que la psicopatología se puede presentar: por alteraciones en el desarrollo temprano que ha de lograr tanto la representación mental como la emocional y cognoscitiva de sí mismo a través de las figuras del padre y la madre; cuando el individuo no posee recursos defensivos adecuados para enfrentar el embate de los impulsos agresivos y cuando el sistema familiar o comunitario del adolescente interfiere en su proceso de desarrollo, ya sea por crisis o patología del sistema familiar o social (escuela y comunidad). Estos factores sociofamiliares complican la situación de un adolescente, el resultado puede llevarlo a desencadenar conductas patológicas (Ampudia, 1998).

Se ha considerado que diversas patologías presentes en la vida de los seres humanos son el resultado de desviaciones graves que surgen durante el

proceso de la adolescencia. Los problemas de esta etapa del desarrollo presentan, sin embargo, características cualitativa y cuantitativamente distintas en cada adolescente, cuyo proceso de maduración puede llegar a ser extremadamente tormentoso o fracasar. Dentro de la gama que va de la normalidad a la patología, la conducta reflejará distintos grados de afectación de la fenomenología adolescente.

### 3.3. Trastornos mentales y familia.

Reporta en 2005 la World Health Organization (WHO) que en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que sufren o han sufrido padecimientos mentales severos. Cuando menos el doble de esta cifra, son seriamente afectados por su dependencia a las drogas, los problemas relacionados con el alcoholismo, el retraso mental y los trastornos orgánicos del sistema nervioso. Las estimaciones del número de personas que sufren enfermedades menos graves, pero en algún grado incapacitantes, varían mucho, pero la cifra no es inferior a 200 millones de personas.

Los datos epidemiológicos disponibles de la WHO de 2005 señalan que existe una prevalencia del 20% de trastornos mentales en niños y adolescentes en todo el mundo, de este 20% se reconoce que entre el 4 y el 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave.

La mitad de todos los casos de trastornos mentales que un individuo puede tener en toda su vida, tienen una edad de inicio después de los 14 años de edad (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas & Walters, 2005). El grado de calidad y cobertura de los servicios de salud mental en la población infanto-

juvenil es deficiente, situación que se agrava en los países de bajos ingresos. Se estima que entre el 5 y el 20% de esta población necesita de un servicio de salud mental. En España, se reporta un inicio de los trastornos mentales a edades tempranas, véase Tabla 1.

Tabla 1.

Edad de inicio de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil.

Trastorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vínculo	X	x	X															
Generalizado del desarrollo	X	x	X	x	x	x												
Conducta			X	x	x	x	X	x	X	x	x	X	x	X	x	x	X	x
Ánimo y ansiedad						x	X	x	X	x	x	X	x	X	x	x	X	x
Consumo de drogas												X	x	X	x	x	X	x
Psicosis del adulto															x	x	X	x

Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2008).

En México, un estudio sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general, encontró que era de un 26% en la población masculina y de un 38% en la femenina. Sin embargo, la frecuencia con la que se presentan los trastornos severos fue ligeramente mayor entre los hombres (5.4%) que entre las mujeres (4.13%). La prevalencia fue mayor entre los hombres solteros de 25 a 34 años. Además, se reportó la frecuencia de desórdenes mentales en la práctica médica familiar entre el 35% y el 50% por (Martínez-Lanz, Medina-Mora & Campillo, 2013).

Asimismo, la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que el 7.2% de los jóvenes de Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves. En México como en el resto del mundo, las poblaciones más jóvenes padecen tasas mayores, al

menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. Se considera, que la demanda de servicios médicos en la práctica general está mediatizada por la presencia de factores de etiología de origen psicógeno. Diversos países informan acerca de la presencia de comorbilidad de los trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto física como emocionales, entre los que se incluye enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, suicidio, ideación suicida y la relación con el cáncer, está ampliamente documentada (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

Diferentes factores pueden desencadenar patologías en los adolescentes; se ha señalado que muchos trastornos psiquiátricos son atribuidos a desviaciones que ocurren en el desarrollo de la conducta de apego; se sugiere que aquellos individuos quienes sufrieron trastornos psiquiátricos mostraron un grado de diferencia en su capacidad de afecto (Bowlby, 1976). Los estudios generalmente indicaron que la carencia de un ambiente de aceptación y de apoyo se correlacionó con un pobre bienestar y una débil conducta de ajuste. Al relacionar el grado de unión emocional entre los miembros de la familia y niveles de síntomas en los adolescentes, se encontró que los adolescentes quienes percibían a sus familias con una menor cohesión, reportaron más síntomas psicopatológicos (tenían menos apetito, se sentían cansados por las mañanas, les temblaban las manos, etc.), en comparación con aquéllos que tenían una cohesión mayor (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour & Shalev, 1997).

La percepción de intensos conflictos interparentales dentro del ambiente familiar está asociada con dificultades en el desarrollo social y personal para niños y adolescentes. Los altos niveles de conflicto marital decrementa la

probabilidad de que los padres establezcan fuertes relaciones con sus hijos (Jonson, LaVoie & Mahoney, 2001).

Recientemente, un estudio realizado en México en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, tuvo como propósito investigar el ajuste conyugal de un grupo de padres de familia (76) y la psicopatología presente en un grupo de 48 niños y adolescentes; sólo en el 58.33% fue posible contar con la participación de ambos padres de familia. Los niños y los adolescentes que participaron en el estudio fueron llevados por iniciativa de sus progenitores. Se utilizó el Mini-International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes, validado en México y la Escala de Ajuste Diádico validada en México, la cual consta de cuatro subescalas Consenso, Satisfacción, Cohesión y Expresión de afecto. Los resultados indican: El promedio de edad fue de 10.2 años. La mayoría de los participantes niños y adolescentes fueron varones. El diagnóstico más frecuente fue el trastorno negativista desafiante (77.1%), seguido del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (60.4%), trastorno disocial (37.5%); la media en el número de diagnósticos fue de 4.0 (DE 2.29). La prueba de correlación de Pearson no mostró asociación ( $r=0.26$ ) entre las puntuaciones de la EDA-13 contestada por los padres y el número de diagnósticos presentes en el hijo. En cambio, existió una correlación negativa ( $r=-0.32$ ) y estadísticamente significativa entre la puntuación promedio del Escala de Ajuste Diádico (EDA-13) de la madre, y el número de diagnósticos presentes en el hijo: entre más bajo el ajuste diádico de acuerdo con la percepción de la madre, el hijo tendía a presentar un mayor número de diagnósticos psiquiátricos. La negación de uno de los progenitores en torno al conflicto conyugal representa un elemento relacionado con mayor morbilidad psiquiátrica en los hijos (Leija, Jiménez & Macias, 2015).

El conflicto interparental y la baja cohesión familiar están asociados con varias dificultades personales y sociales que incluyen depresión, soledad, agresión y subsecuentemente la pobre adaptación social. En cuanto al efecto del apoyo parental en la sintomatología depresiva de los adolescentes, varios estudios señalan que los adolescentes que reportan niveles más altos de sintomatología depresiva perciben menor calidad en la relación con sus padres y mayor rechazo (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas, 2012).

Un estudio realizado en México reportó la relación entre las prácticas parentales y sintomatología depresiva en los adolescentes: cuanto mayor es la comunicación, autonomía y control conductual percibido por el adolescente tanto del padre como de la madre, menor sintomatología depresiva. Cuanto mayor imposición y control psicológico, mayor sintomatología depresiva, especialmente en las mujeres. Por lo que se recomienda a los padres no incluir estrategias de control que sean intrusivas como: la devaluación, el chantaje, la inducción de culpa y/o la agresión física y verbal (Andrade *et al.*, 2012).

Un estudio desarrollado en Nueva Zelanda con 235 jóvenes adolescentes de 16 a 18 años incapaces de vivir con sus padres por dificultades familiares, mostró que algunos adolescentes fueron contratados en actividades de alto riesgo psicológico y presentaban problemas de salud. El grado de riesgo en las actividades realizadas se relacionó con ansiedad, depresión y baja autoestima (Evans, Wilson, Nick, Hungerford & Hansson, 1997).

Otro estudio realizado en Canadá, analizó la asociación entre pubertad y salud en la adolescencia. Este estudio usó el Modelo de Evans Stoddart de Salud y Bienestar, como parte de la Encuesta Nacional de Salud Poblacional

de 1994, para examinar los datos de 1,759 adolescentes, de edades de 12 a 19 años. Se utilizó un análisis bivariado y multivariado, los resultados confirmaron que existe una relación entre salud y ambiente social. Se corroboró que el estado socioeconómico bajo causa efectos negativos y severos en la salud en los adolescentes. Se observó que los adolescentes que vivían en casa con mucha gente fumadora, decrementó significativamente su estado de salud. Por último, se observó que los adolescentes que visitaban al doctor con mayor regularidad, declinaban significativamente los factores de riesgo en su salud, y que los hombres que se reportaron con una autoestima alta, tenían niveles de salud mejores que los de autoestima baja (Abernathy, Webster & Vermeulen, 2002).

En México un estudio realizado sobre los sucesos de vida estresantes y su relación con los síntomas de depresión en 2292 adolescentes de 15 a 19 años de edad estudiantes de bachillerato, señala que el 15.6% de los adolescentes presentaron depresión, siendo la prevalencia mayor en mujeres de (21.3%) que en hombres (8.8%); y que el 80.4% había sufrido algún suceso familiar vital estresante, un 90.7% reportaron haber experimentado algún suceso escolar vital estresante. Los sucesos de vida familiar estresante se relacionan positivamente con los síntomas de depresión, particularmente con la recurrencia de estos sucesos. El análisis de regresión lineal múltiple demostró que todas las dimensiones de los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, de pareja, escolar, de salud y económicos) se asocian de manera positiva y estadísticamente significativa a los síntomas de depresión. Asimismo, se realizó un análisis para determinar la diferencia por sexo en los sucesos vitales estresantes y los síntomas de depresión; los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en los sucesos de vida estresantes familiares, escolares, sociales y de pareja con los síntomas de depresión. Solo los sucesos de vida de salud estresantes económicos no



mostraron diferencias estadísticamente significativas. Se menciona que las situaciones negativas que se viven en la familia, como en las interacciones conflictivas, tienen una fuerte asociación con la depresión, como la tiene la muerte temprana o separación de los padres (Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012).

Un estudio realizado en Barcelona que tuvo como objetivo explorar la relación entre los acontecimientos vitales y su nivel de impacto percibido con sintomatología depresiva, mediante el autoinforme *Life Events Checklist*, (Johnson & McCutcheon, 1980) validado por Brand y Johnson (1982) y *Children's Depression Inventory*, validado por Del Barrio, Moreno-Rosset y López-Martínez (1999). Los instrumentos fueron aplicados a 1061 estudiantes de Secundaria con un rango de edad de 13 a 16 años. Los resultados obtenidos muestran que los Acontecimientos de Vida (AV) familiares, negativos, presentan una relación significativa con la sintomatología depresiva (Ferreira, Granero, Noorian, Romero & Domenèch-Llabería, 2012).

En otro estudio realizado en México sobre depresión y sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de entre 13 y 17 años; un grupo clínico con depresión de 37 jóvenes y otro grupo de adolescentes, de estudiantes de secundarias públicas y bachillerato, sin depresión. Los instrumentos que se aplicaron fueron el *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes* (MMPI-A) Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath, y Kaermmmer (1992) y el Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003). Los resultados indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos en las vivencias estresantes. Las correlaciones entre los puntajes de las escalas de depresión del MMPI-A (2 D y Dep A) indican que los adolescentes con depresión experimentaron un mayor impacto de sucesos estresantes negativos relacionados con la

dinámica familiar, las relaciones sociales, dificultades personales y problemas de conducta (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011).

Son varios los factores de vulnerabilidad (el ambiente psicológico, biológico) que se consideran condiciones que endurecen las circunstancias de la vida que provocan una mala adaptación. Por otro lado, existen factores compensatorios y de protección que reducen el riesgo de problemas mentales o psicopatológicos, que ayudan o contribuyen a una mejor adaptación ante las adversidades que presentan los individuos. Se ha observado que factores psicosociales y de personalidad juegan un papel importante en el estudio de la mala adaptación que presentan los adolescentes. Ciertamente las variables de la personalidad y los factores psicosociales pueden ser concebidos como factores que moderan, amplían o amortiguan los efectos de los factores estresantes.

Un estudio realizado en Alemania por Steinhausen y Winkler (2001), tuvo como principal objetivo elucidar la contribución y la función de los factores de riesgo generales para los trastornos mentales como son la compensación, la vulnerabilidad y factores de protección en una muestra poblacional general de estudiantes preadolescentes y adolescentes, 1, 110 sujetos de 10 a 17 años de edad. Los factores de este estudio fueron valorados usando el Auto Reporte para Jóvenes (YSR) como indicador de anormalidades emocionales y conductuales. También se utilizaron cuestionarios respecto a los eventos de la vida, estrategias de imitación, autoestima, auto-conciencia, conductas padre-hijo, el ambiente familiar y labor social. Los factores de riesgo para ambos sexos, incluía un incremento en la conducta de evitación, rechazo por los padres, conducta competitiva entre los condiscípulos y conducta de control de los profesores. Los factores compensatorios generales incluyeron una adecuada autoestima y aceptación por los padres. Se presenta el estrés como

factor de riesgo para los trastornos en ambos sexos (Steinhausen & Winkler 2001).

Diversas conductas de riesgo son responsables del empeoramiento de la salud de los adolescentes: el uso de sustancias, violencia y conducta sexual y pueden identificarse mediante el estudio de vida de los adolescentes. Un estudio realizado en Estados Unidos examinó las conductas de riesgo en la salud del adolescente. La muestra fue de 12, 955 estudiantes (6,626 mujeres y 6, 329 hombres) en el noveno y hasta el doceavo grado escolar. El análisis se condujo a través de examinar la interrelación del género y de 8 factores de riesgo de salud: actividad sexual, uso de alcohol, tomar cerveza, uso de cigarro, uso de marihuana, uso de drogas ilícitas, agresión y suicidio. Se identificaron distintos grupos para hombres y mujeres, con base en sus perfiles de conductas de riesgo. Tanto hombres como mujeres reportaron un perfil de riesgo alto en el uso de alcohol y en la actividad sexual. Las mujeres presentaron altos niveles de agresión, suicidio y una pequeña participación en el uso de sustancias. Los hombres presentaron perfil de riesgo en el uso de la marihuana y en conductas suicidas (Zweig, Duberstien & McGinley, 2001).

Son muy escasas y limitadas las acciones que se han realizado en relación a la magnitud de los riesgos en que vive la mayoría de la población adolescente. Sin embargo, un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en conjunto con el Centro de Comunicación en Salud, de *Harvard School of Public Health*, Estados Unidos de Norte América en 2009, desarrolló un programa de intervención familiar para la prevención de conductas de riesgo entre los jóvenes: una intervención primaria efectiva para prevenir el abuso de alcohol y otras sustancias psicotrópicas. Se desarrolló un Taller orientado a familias a través del trabajo con padres y adolescentes de 10 a 14 años para dar herramientas que les permitiera establecer vínculos

afectivos y límites claros, que se sustentan en los conceptos de Amor y Límites.

En un estudio cuasi-experimental, el grupo intervenido fue de 129 adolescentes y 124 padres o tutores y el grupo control de 229 adolescentes y 165 padres o tutores. La intervención consistió en aumentar su conocimiento y capacidad de resolver los conflictos con sus hijos, desarrollar su capacidad de demostrar afecto y establecer reglas claras, aumentar la capacidad para vigilar su comportamiento y desarrollar la capacidad para escuchar y comprender los problemas específicos de sus hijos: tuvo siete sesiones paralelas con padres y adolescentes. Después de seis meses se presentaron diferencias significativas en el fortalecimiento del estilo de crianza y comunicación padre/hijo y se observó disminución del uso de la violencia verbal y mejor control de padres ante el mal comportamiento de sus hijos (Corea, Zubarew, Valenzuela & Salas, 2012).

Un elemento que destaca la importancia de las estrategias de intervención comunitaria en el campo de la salud mental es el apoyo social, teniendo en cuenta los factores psicosociales como factores determinantes en la salud y el bienestar psicológico de los individuos y de la sociedad. Para Florenzano (2000), los factores protectores son recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado. El adolescente necesita contar con personas que se interesen por ellos, que los acepten incondicionalmente. Esta sensación de apoyo y aceptación incondicional, deberá ser proporcionada por una familia que funcione adecuadamente.

La percepción que los jóvenes tienen respecto del apoyo con que cuentan, sus características, su disponibilidad, accesibilidad, fortaleza y deficiencias,

constituyen elementos centrales al intentar reflexionar sobre los medios para favorecer el desarrollo adolescente (Méndez & Barra, 2008). Desde esta perspectiva la red social como un conjunto de relaciones humanas, hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y está conformada por las personas emocionalmente significativas cercanos al individuo que brindan el apoyo social constituyendo su ambiente social. El concepto de apoyo social surge del interés por comprender las interacciones sociales y la tendencia a buscar compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes.

La desorganización, desintegración social y la disolución de las redes de apoyo social son un factor clave en la génesis de problemas psicosociales (Gracia & Herrero, 2006). El apoyo social es un constructo multidimensional con distintas categorías siendo las principales la proveer apoyo emocional, apoyo material e informacional (Barrón, 1996). La familia es la principal red de apoyo para los jóvenes, es fundamental que ellos y los educadores asuman un papel más activo, vinculándose con la orientación de los profesionales con programas institucionales con el objeto de prevenir conductas de riesgo (Orcasita & Uribe, 2010). A partir de las condiciones socioeconómicas y los problemas psicosociales que los jóvenes deben hacer frente en la actualidad, el apoyo social es una estrategia prioritaria para el desarrollo de la población adolescente.

### 3.4. Sintomatología neurótica

La adolescencia es una etapa del desarrollo de la personalidad en la que se conjugan tantos factores que se dificulta efectuar un juicio clínico acerca de su normalidad o psicopatología. Se considera que el adolescente presenta una

alteración cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales. Es necesario el desarrollo de investigaciones que permitan identificar las condiciones que subyacen a la psicopatología y tener un conocimiento basado en el desarrollo adolescente, considerar la naturaleza del proceso y los escenarios en los que se manifiestan sus conductas, para después ejercer un juicio objetivo respecto de las alteraciones psicológicas, mediante instrumentos validados que identifiquen las variables asociadas con un fenómeno multidimensional, como es la psicopatología en la etapa adolescente.

Lo que hoy conocemos como ansiedad, históricamente, ha sido un elemento incluido en el tradicional concepto de neurosis. El término de neurosis fue utilizado por primera vez por Cullen (1710-1790): consideró a la neurosis como irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido. Freud por otra parte (1856-1939), estableció que la ansiedad constituía el componente central de la neurosis y se conceptualizó como un trastorno no orgánico (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Aun el concepto de neurosis ha sido ampliamente aceptado en el campo de la psicología con gran utilidad teórica y práctica para separar los trastornos emocionales de las alteraciones psicóticas. Entendiendo el concepto de neurosis como término descriptivo y predictor de trastorno. La consolidación del concepto se encuentra en gran medida en los trabajos de Hans Eysenck en el Maudsley Hospital de Londres con el concepto de neuroticismo planteando la conducta anormal en términos dimensionales (Eysenck, Wakefield & Friedman, 1983).

El neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo (Vanina, 2010). La inestabilidad emocional es un rasgo psicológico relativamente estable que define una parte de la personalidad (Costa & McCrae, 1992). Las escalas de hipocondría, depresión e histeria han sido consideradas como la triada neurótica (Rivera, 1991). La evaluación de los rasgos se realiza mediante el análisis factorial, cuanto más se alejan las puntuajes de la media poblacional se presentan los trastornos de personalidad (Cattell, 1992).

En la actualidad se sigue empleando el concepto de neurosis por su utilidad descriptiva y predictiva de la psicopatología particularmente en el campo clínico, con efecto global sobre las distintas facetas de la personalidad y el contacto con la realidad. La neurosis como una identidad nosológica unitaria, como una estructura subyacente, ya que solo puede ser identificada en presencia de un perfil premórbido específico de personalidad inhibida o dependiente, y en ausencia de sucesos vitales antecedentes que suelen desempeñar un papel importante como desencadenantes de los trastornos de ansiedad (Belloch, Sandín & Ramos, 2009).

Sin embargo, durante la adolescencia la ansiedad se presenta frecuentemente como una consecuencia de los diversos cambios personales y sociales, donde las nuevas necesidades y demandas del adolescente deberán enfrentarse. Por ello, no son pocos los adolescentes que experimentan altos niveles de ansiedad. Las investigaciones han demostrado que los adolescentes muy ansiosos presentan más conductas problemáticas, son más antipáticos con sus compañeros y tienen un pobre de auto-concepto (Byrne, 2000).

Un estudio realizado por Last, Hansen y Franco (1997) examinó el funcionamiento psicosocial de los adultos jóvenes con historias de trastorno de ansiedad de inicio temprano, evaluándolos durante ocho años seguidos. Encontraron que los jóvenes con trastornos de ansiedad “pura” (sin historias de depresión) tuvieron un funcionamiento similar a los sujetos control en varias áreas sociales, excepto en la transición de la vida independiente (ejemplo, tienen problemas de separación de los padres y de vida en su casa). Comparando la ansiedad “pura” con sujetos control, los primeros reportaron un incremento en la incidencia de problemas psicosociales, utilizando con mayor frecuencia los servicios de salud mental, y presentaron problemas para mantener el empleo y la asistencia a la escuela.

Al respecto, entre el 20 y el 30% de los niños con bajo rendimiento escolar presentan nivel de ansiedad elevado. Se tiene evidencia de que los trastornos de ansiedad tienden a presentarse en una etapa temprana, generalmente en la niñez o en la adolescencia temprana. El trastorno de ansiedad, con inicio temprano en la vida, se asocia frecuentemente con el riesgo de desarrollar otros trastornos psiquiátricos y se asocia con un empeoramiento psicosocial en el dominio de la vida en la adultez (Essau, Conradt & Petermann, 2002).

Otro estudio realizado en Alemania, tuvo como objetivo examinar el curso y el resultado de los trastornos de ansiedad en 1, 035 adolescentes de 12 a 17 años de edad. La ansiedad y otros trastornos psiquiátricos fueron codificados basándose en el criterio del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de 1994 (DSM-IV). Los factores que estuvieron asociados significativamente con la persistencia de síntomas somatomórficos, trastornos en el uso de sustancias y también gran número de eventos de vida negativos. Los resultados obtenidos reportan que el 22.6% de los adolescentes que llenaron el criterio del DSM IV presentaron un trastorno de ansiedad común; el



17.7% presentaron depresión, el 27.4% presentó síntomas somatomórficos, el 6.5% tuvieron trastornos de abuso de sustancias y el 41.9% no presentaron ningún trastorno. Los factores que se asociaron significativamente con la persistencia de los trastornos de ansiedad fueron el inicio temprano de los síntomas 4-5 años de edad, la presencia de síntomas somatomórficos y trastornos por uso de sustancias (Essau *et al.*, 2002).

Así también, se ha señalado una asociación entre castigo físico y deficiencias en el desarrollo psicológico y social, en los niños y adolescentes, se encontró que el niño abusado físicamente tenía una pobre maduración cognitiva, también una pobre habilidad para resolver problemas interpersonales, una menor competencia social y una baja autoestima. Algunos estudios han reportado que una alta proporción de adultos que sufren perturbaciones psiquiátricas, habían sido abusados durante su niñez (Bachar, Canetti, Bonne, Kaplan & Shalev, 1997).

Un estudio realizado en Estados Unidos, analizó la relación entre el castigo físico y los signos de angustia mental en una población de adolescentes. La muestra estuvo constituida por 357 hombres y 496 mujeres adolescentes a quienes se les administró el Inventario de Síntomas Breves (BSI), la Escala de Bienestar General (GWB); el Instrumento de Unión Paternal (PBI). Los resultados indicaron que un mayor castigo se asocia con niveles altos de síntomas psiquiátricos y menor bienestar general. Estos descubrimientos pueden contribuir a conocer el efecto negativo de las consecuencias del castigo físico sobre la salud mental de los niños. Se encontró que los adolescentes quienes percibían a sus padres como gente que acostumbra a usar el castigo físico reportaron niveles altos de síntomas psiquiátricos (altos puntajes en el BSI) y bajos niveles de bienestar (bajos puntajes en el GWB) (Bachar *et al.*, 1997).

Al respecto, un estudio realizado en México en población femenina adulta que asisten a un Centro Comunitario de Salud Mental, reportó historia de maltrato físico; entre el 14 y 21 % afirmaron haber recibido golpes durante su niñez por parte de alguno de sus padres. Las mujeres con historia de maltrato físico tendieron a presentar un mayor número de trastornos psiquiátricos comórbidos. La gravedad de la sintomatología depresiva se relaciona significativamente con la gravedad del maltrato (Ibarra-Alcantar, Ortíz-Guzmán, Alvarado-Cruz, Graciano-Morales & Jiménez-Genchi, 2010).

En México la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica estimó que 8.4 % del total de la población ha sufrido algún episodio depresivo mayor (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004). En la mayoría de los casos se pasa por alto la sintomatología, y el no recibir orientación adecuada, ocasiona serias consecuencias para la persona y la salud pública; la evitación de los servicios profesionales no tiene una causa clara, y se ha denominado como “ciclo de evitación” (Martínez & Muñoz, 2010).

Otro estudio tuvo como objetivo describir la asociación entre el funcionamiento familiar, las conductas internalizadas y el rendimiento académico en un grupo de adolescentes de un colegio público de la Ciudad de Bogotá. Los participantes fueron 63 adolescentes de 12 a 16 años. Los instrumentos utilizados fueron la *Lista de chequeo de la conducta infantil*, el *Formato de autorreporte* (YSR), el cuestionario de padres (CBCL), el *APGAR Familiar* y el Cuestionario de Profesores (TRF). De acuerdo con los hallazgos del APGAR Familiar, el 39.7% tiene un núcleo familiar funcional, el 44.4% presenta disfuncionalidad moderada y el 15.9% presenta disfuncionalidad severa. Se encontró según lo reportado por los padres, que un 25.4% de los adolescentes con conductas internalizadas presenta una disfuncionalidad

moderada, un 3.2% una disfunción familiar severa y un rendimiento académico medio (Moreno, Echavarría, Pardo & Quiñones, 2014).

Estudios del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, que incluye datos de la población adulta de la Ciudad de México, han encontrado que los trastornos de ansiedad de inicio temprano preceden al uso, el abuso y la dependencia de sustancias. Lo anterior pone de relieve la necesidad de identificar cuanto antes los problemas que eventualmente conducen a otras patologías (Caraveo, Colmenares & Martínez, 2002).

#### 3.4.1. Hipocondría

De acuerdo con la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de 1992, (CIE 10) la característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas. Existen quejas somáticas persistentes o preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia, el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo.

La hipocondría hace su aparición en la adolescencia y en el periodo de su resolución. Durante esta etapa, existe algún tipo de preocupación obsesiva, como el temor de padecer una enfermedad importante. Los jóvenes se quejan de haber experimentado síntomas o sensaciones que valoran como correspondientes a la enfermedad elegida. Después de una exploración clínica se confirma que no existe enfermedad alguna diagnosticable. Es común entre los antecedentes con quejas de este tipo, se compruebe la

obsesión por sentirse enfermos. Situación que los lleva de manera personal o a sus familias a incontables consultas médicas.

El miedo a padecer una enfermedad es normal a cualquier edad, más aún si se ha estado o se está expuesto a ella; sin embargo, los antecedentes de quien consulta, el razonamiento que manifiesta durante la relación médico-enfermo y la forma en que recibe las opiniones médicas marcan la gran diferencia entre un miedo racional y uno patológico. Dulanto (2000) considera que la hipocondría consiste en el miedo a sufrir una enfermedad grave porque la persona hace una mala interpretación de signos y síntomas corporales que ocurren en ella.

El criterio diagnóstico para denominar a un joven hipocondriaco demanda realizar un diagnóstico diferencial, en relación a que los síntomas no sean consecuencia de una crisis de pánico, un trastorno por ansiedad generalizada, un trastorno obsesivo compulsivo, una depresión fuerte, un trastorno por ansiedad de separación o cualquier trastorno somatoforme. Que su presencia tenga al menos seis meses de duración y que a su vez, éstos no deriven de una actitud delirante.

Pacientes medicados quienes puntuaron alto en hipocondriasis reportaron niveles altos de cuidado maternal y control paternal, comparado con puntajes bajos de hipocondriasis; y pacientes con neurosis obsesivo-compulsiva reportaron menor cuidado y un alto control (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour & Shalev, 1997).

Un estudio realizado por Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006) en el que se examinaron la relación existente entre el reporte de problemas de salud y factores psicosociales de los adolescentes, encontró que los problemas de

salud mostraron una relación significativa con los eventos estresantes, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo y una ausencia de relación con el apoyo social percibido.

En la hipicondriasis suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, tanto el curso de los síntomas como en el de la incapacidad consecuente, son por lo general crónicos, aunque con oscilaciones en su intensidad. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así, mientras que unos enfermos dominan su entorno social y familiar a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal. Para poder determinar si alguien es hipocondríaco es preciso identificar la presencia de: creencia persistente sobre la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyace al síntoma o síntomas presentes y la insistencia negativa de aceptar que tras los síntomas, no se esconde ninguna enfermedad o anomalía somática. En el trastorno hipocondríaco el énfasis se pone en la presencia misma de la enfermedad y en sus consecuencias futuras, más que sobre los síntomas aislados. El hipocondriaco tiende también a la preocupación por uno o dos posibles trastornos somáticos que se mencionan insistentemente como dolor en el pecho. En el trastorno hipocondríaco no hay diferencias marcadas en la incidencia en ambos sexos, ni existen connotaciones familiares especiales (CIE 10, 1992).

Los sentimientos negativos o dolorosos que acompañan la hipocondría reflejan los sentimientos hostiles y antagonistas del paciente, que han sido retirados de otros y vueltos contra sí mismos. Aunque dichos pacientes habían experimentado siempre algún aislamiento social, el retraimiento social hacia los demás resulta ahora acelerado. El paciente señala que desde el inicio de su preocupación física ha dejado su trabajo y ha cesado de ver a sus amigos,

dedicándose ahora todo el tiempo a cuestiones relacionadas con su enfermedad (MacKinnon & Michels, 1973).

### 3.4.2. Depresión

Desde las dos últimas décadas del siglo XX, la depresión se considera un problema de salud en casi todo el mundo; se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante (Murray & López, 1997). Además, Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, (2004) consideran que el 20% de los niños y adolescentes en el planeta sufre alguna enfermedad mental. En particular los síntomas depresivos y la depresión durante la adolescencia se han convertido en problemas de magnitud notoria lo que genera una genuina preocupación en el sector salud, dado su efecto presente y las consecuencias posteriores en la salud de los individuos (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008).

Existe la necesidad de estudiar el curso de los síntomas depresivos en este periodo de la vida, ya que –entendidos como un componente de la depresión– influyen sobre el estado de ánimo y las situaciones vividas como poco placenteras o molestas, lo cual se convierte en un factor importante de vulnerabilidad en el estado emocional de los adolescentes. Cabe recordar que la depresión afecta todas las áreas de la vida de esta población, además de que incrementa la probabilidad de ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos y conductas problemáticas. Asimismo, el estudio de la depresión en la adolescencia muestra aspectos todavía poco estudiados, como las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres desde la perspectiva de género. En virtud de la magnitud de la tendencia creciente de la depresión en la población

adolescente y las dificultades concomitantes para su salud; es prioritario enfocar los esfuerzos en la detección oportuna y la prevención del padecimiento para reducir los riesgos en el desarrollo psicosocial (González-Forteza *et al.*, 2008).

En el contexto internacional el estudio de la depresión se hace complejo pues se han utilizado diversos instrumentos con diferentes puntos de corte, lo que dificulta su estudio y tener precisiones sobre los factores asociados a la depresión (Navarro-Loli, Moscoso, Calderón de la Cruz, 1917).

Sin embargo, la depresión es uno de los trastornos que tiene mayor prevalencia en la actualidad y cada vez se presenta en población más joven. Es un padecimiento cuyo origen es multicausal y multidimensional. La importancia de estudiar la depresión en la infancia o la adolescencia, radica principalmente en las implicaciones hacia la vida adulta, como son la continuidad académica, el inicio de la vida profesional o laboral, así como la vida en pareja o en familia, y con ello grandes decisiones de la vida futura.

Se ha reportado una prevalencia del Trastorno de Depresión Mayor (TDM) del 1% en niños preescolares, mientras que en niños escolares alcanza una frecuencia de casi el 2%. En los adolescentes la prevalencia es mayor, llegando hasta el 4% aproximadamente, con una frecuencia mayor para el sexo femenino. Hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los pre-adolescentes de hasta el 18% (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios & de la Peña, 2010)

Cuando se toman en cuenta las tasas de admisión para otras categorías de trastornos mentales, depresión es la que contribuye más a elevar tasa general de enfermedades mentales bajo tratamiento entre las mujeres; las mujeres

tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de presentar depresión clínica que los hombres (Gross, 1998).

En cuanto al trastorno depresivo, llama la atención las diferencias por sexo. Un estudio realizado en Inglaterra reportó: una mujer tiene cerca de un 40% más de probabilidad de ingresar en un hospital psiquiátrico que un hombre. Sin embargo, como en otros países, las tasas de hospitalización se elevan con rapidez entre los ancianos y las mujeres, que superan en número a los hombres en 2:1 en la población de edad avanzada, de 75 años y más (Gross, 1998).

Cuando se habla de depresión como un conjunto de síntomas que se presentan juntos; se está abordando uno de los diagnósticos más comunes en la psiquiatría moderna. Si se refiere a la adolescencia, la presencia de la depresión, puede ser una expresión transitoria, o una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas. Como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida. Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia del adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas (Dulanto, 2000).

Para Inmaculada (1988), los síntomas de la depresión se clasifican en: síntomas afectivos, sensación de tristeza severa y persistente y variación diurna del humor; síntomas comportamentales que comprenden disminución de la actividad, retraso del comportamiento, falta de respuesta de iniciación, falta de interés y de energía, y pensamientos suicidas; síntomas somáticos los cuales se caracterizan por una disminución de la excitación (sistema nervioso simpático), escaso apetito, reducción del deseo sexual y por último,



los síntomas cognitivos que comprenden una sensación de incapacidad y desesperanza; auto-culpa y delito, auto-crítica e indecisión.

Pintado-Machado, Jiménez, Padilla, Guerra, y Antelo (2010) señalan como indicadores del trastorno depresivo, bajo rendimiento académico, irritación constante y problemas para dormir. La conducta abúlica de los adolescentes muchas veces no obedece a que no encuentran algo de su interés y estén aburridos sino, a que están deprimidos.

En Estados Unidos, se observó una variación en la prevalencia de la depresión de acuerdo con la edad ya que en los niños preescolares se encontró, en general, una tasa de 0.3% que aumenta a 1.8% en la edad escolar. El aumento más dramático se advierte durante la adolescencia, ya que un estimado conservador en la población de 14 a 16 años de edad es de 4.7%, lo cual es similar a las tasas de prevalencia que se estiman para poblaciones adultas. Algunas investigaciones han encontrado durante la adolescencia tasas de prevalencia mucho más altas. Sin embargo, hay estudios que llegan a reportar una prevalencia en los pre-adolescentes de hasta el 18% (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios & de la Peña, 2010)

El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento. Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. Aunque la tristeza puede ser un síntoma de la depresión, no es lo mismo, y además no siempre está presente. Entonces, para afinar un poco, la sintomatología de la depresión puede incluir

una inhibición motriz, lentificada o agitada, pero en ambos casos se ve inhibido el poder de acción (es decir, no se puede concluir ninguna actividad); asimismo se presentan auto reproches y visión pesimista de la vida (Pintado-Machado *et al.*, 2010).

El trastorno de depresión mayor (TDM) se caracteriza por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos. Los niños o adolescentes que presentan TDM experimentan ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta con irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las cosas que les gustan, problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo, fallas de atención, ideas de ser menos valiosos que otros, aislamiento, disminución del rendimiento escolar, pérdida o aumento notable del apetito, labilidad emocional, llanto fácil, alteraciones en el sueño y la energía, dificultad para pensar en el futuro; y cuando es grave, puede haber intentos suicidas o síntomas de psicosis, consistente en alucinaciones (alteraciones somatosensoriales) o delirios (creencias falsas). La duración de los síntomas es de al menos dos semanas y representa un malestar importante para el chico con un deterioro de varias de las áreas de su vida cotidiana (Cárdenas, Fera, Vázquez, Palacios & de la Peña, 2010).

Las manifestaciones clínicas de la depresión varían según la edad de los diversos grupos. Algunas reacciones comunes de los adolescentes tempranos, y conocidas como “equivalentes depresivos”: aburrimiento e intranquilidad, fatiga y malestar corporal, dificultad para concentrarse, comportamiento afectado y acercamiento indebido a la gente o alejamiento indebido; cada uno de estos equivalentes, especialmente en forma exagerada, suelen ser síntomas de una depresión latente (McKinney, Fitzgerald & Strommen, 1982).

Se considera que la mayoría de los jóvenes pasa su adolescencia sin mayores problemas emocionales, pero algunos viven crisis de depresión moderada a severa. Una investigación entre adolescentes que no ha buscado psicoterapia sugiere que de alguna manera entre 10% y 35% de los muchachos y 15% a 40% de las chicas, experimentan estados de depresión. Antes de la pubertad, los índices de depresión son los mismos para niños y niñas, pero hacia la edad de 12 años, las niñas empiezan a tener tasas más altas; hacia los 14 años los índices de depresión de las chicas son el doble que en los varones (Papalia & Wendkos, 1998).

Un estudio realizado en Estados Unidos, administró la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que incluye preguntas sobre las relaciones paternas, las relaciones con los contemporáneos, sentimientos positivos y negativos (pensamientos suicidas) y variables del estilo de vida: ejecución académica, ejercicio y uso de droga. El grupo de adolescentes quienes puntuaron por arriba del diagnóstico clínico de depresión en la escala de CES-D, tuvieron malas relaciones con sus padres, intimidad verbal inferior con sus padres; también experimentaron menos cariño físico con sus padres y reportaron más padres con depresión en comparación de aquellos adolescentes sin depresión. Ellos experimentaron menos felicidad y una mayor frecuencia de pensamientos suicidas. El grupo con depresión también reportó un mayor uso de la marihuana y la cocaína. Los adolescentes tuvieron también un menor número de relaciones con sus contemporáneos y reportaron tener menos amigos y ser menos populares; el grupo con depresión reportó con mayor frecuencia pensamientos suicidas. Y en promedio también este grupo dedicó menos tiempo a las tareas y al ejercicio, y era menor al grupo que no tenía depresión (Field, Diego & Sanders, 2002).

Como se ha señalado, muchos estudios epidemiológicos en adultos han mostrado que la presencia de la depresión en adolescentes tiende a incrementar el riesgo para el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos en la adultez. La depresión que inicia tempranamente tiende a la cronicidad y se asocia a un deterioro psicosocial. Los estudios de depresión entre adolescentes son importantes porque la adolescencia es un periodo de vida durante el cual se desarrollan habilidades necesarias para la adultez. El diagnóstico y el tratamiento del trastorno depresivo en una edad joven puede reducir su duración y la severidad de los efectos posteriores en el funcionamiento adulto (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

De acuerdo con Sass y Jünemann (2003) existen asociaciones sorprendentes entre la depresión principal y varios trastornos de personalidad: estos son trastornos de personalidad dependiente, personalidad insegura y tímida, fronteriza e histriónica. En particular para el trastorno de personalidad fronteriza, a menudo puede parecerse a un episodio depresivo. En el trastorno de personalidad dependiente, el humor depresivo a menudo ocurre ante una pérdida, real o posible, de una relación. El trastorno de personalidad depresivo es marcado por un método dominante de cognición y conducta depresiva, incluyendo melancolía, indecisión y pesimismo, acompañado de auto-crítica, baja autoestima, pasividad y expresión inhibida de la agresión. Los adolescentes a menudo son introvertidos, tímidos y pasivos.

En México, a partir de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica aplicada a la población de 18 a 65 años, durante 2001 y 2002. Se realizó un estudio con el objetivo de conocer en la población mexicana, la prevalencia de la depresión con inicio temprano y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y

aquellos con inicio en la edad adulta. Se utilizó un diseño probabilístico multietápico y estratificado a partir de las Áreas Geográficas Básicas se visitaron 10 377 hogares. El instrumento diagnóstico utilizado fue la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (WHO-CIDI por sus siglas en inglés, versión 15 certificada). La encuesta estima que más de dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia. Los que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de la vida; el primero, con una duración promedio de 31 meses o dos años y medio, lapso en el que por lo general no reciben tratamiento. La mayor comorbilidad de la depresión con inicio temprano, tuvo mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Asimismo, se atribuyó a la depresión el 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta el 15% para el 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad y se estimó que para el 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleinz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004).

Se realizó un estudio en México con los datos de la población de estudiantes, mediante el Examen Médico Automatizado (EMA), diseñado en la Dirección de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos integrada al EMA en 2009. El estudio epidemiológico reportó que el uso ocasional o continuo de alcohol o tabaco, solos o combinados, es común entre los jóvenes, con prevalencias más elevadas entre los hombres y con mayor número de usuarios de alcohol que de tabaco, que la preferencia de alcohol como droga de inicio en los estudiantes es mayor. Se encontró que la

presencia de consumo elevado de alcohol y tabaco es menos frecuente en mujeres, sin embargo, las diferencias son cada vez menores. La presencia de sintomatología depresiva es mayor en las mujeres, obteniendo diferencias significativas en relación a los hombres. En relación al consumo, se encontró que se presenta mayor sintomatología depresiva en quienes presentan consumo de alcohol-tabaco. Seguido por el grupo de consumidores de tabaco. El grupo que no consume alcohol ni tabaco, experimentó la menor sintomatología depresiva (González-González, Juárez, Solís, González-Forteza, Jiménez, Medina-Mora & Fernández-Varela, 2012).

Andrade, Betancourt y Camacho (2003) examinaron las diferencias en la percepción del ambiente familiar en adolescentes hombres y mujeres, con y sin intento suicida, en el Distrito Federal. Las mujeres que reportaron no tener intento de suicidio percibieron mayor apoyo, comunicación y apego, menor rechazo por parte de sus padres, así como menor problema entre sus papás.

Un estudio realizado en México sobre rendimiento escolar y su relación con la depresión y las relaciones familiares en adolescentes reportó, que los alumnos clasificados con depresión severa obtuvieron calificaciones menores que los sujetos considerados normales, con diferencias significativas, tanto en el promedio general, como en las calificaciones obtenidas en cada materia, con excepción de educación física. En relación al clima social de la familia entre los grupos de adolescentes severos y no deprimidos, el análisis de diferencias de medias reveló que las puntuaciones obtenidas por el instrumento *Escala de Clima Social en la Familia* de Moos, Moos y Tricken en la adaptación validada en España y el *Inventario de Depresión de Kovacs*, se encontraron diferencias significativas entre los alumnos identificados como depresivos severos y los sujetos no deprimidos; estos últimos tienen mayores puntajes en todas las subescalas de dicho instrumento, con excepción de la

subescala de conflictos. Las diferencias resultaron significativas en las subescalas de Cohesión, Expresividad, Conflicto, Actuación, Intelecto-Cultura, Social-Recreativo y Organización. También, se afirma que la presencia de frecuentes conflictos entre los miembros de la familia puede influir para que en alguno de sus miembros adolescentes se presente una baja sensación para desarrollar relaciones satisfactorias, no sólo en el ambiente familiar y escolar; y se produzcan bajas expectativas de autoeficacia de tipo académico y social (Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco & Robles-Ojeda, 2013).

Weissmann (2013) menciona que al adolescente deprimido le rondan ideas de muerte y que por momentos aparecen sentimientos de soledad y de vacío, se pregunta para qué vive. Siente, al mismo tiempo, temor de ser aniquilado y culpa. Por lo que es necesario, entonces, conocer las características de la adolescencia para así identificar los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que corresponde a esta etapa del desarrollo. En este sentido, se debe conocer la historia clínica del adolescente para identificar la presencia de alguna de estas tres condiciones:

1. Psicopatologías previas o de inicio temprano que se han reforzado por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).
2. Crisis motivadas tanto por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, como los desafíos que impone el ambiente.
3. Alteraciones emocionales y mentales.

Asimismo, se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnostica un trastorno depresivo: a) la forma y gravedad del episodio depresivo, b) la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, c) la consciencia del trastorno y, d) su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente.

Las personas que sufren depresiones durante la adolescencia tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante la adultez temprana, se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historias de intentos de suicidio. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal.

La OMS define el Intento Suicida (IS) como “un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o productos altamente tóxicos, generalmente de la dosis terapéutica” (Sauceda-García, Lara-Muñoz & Fócil-Márquez, 2006). Además de ingerir productos altamente tóxicos para el organismo, que pueden llevar a la muerte.

La persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales (González-Forteza, Ramos, Caballero & Wagner, 2003).

En la ideación suicida se pueden establecer niveles de severidad como si se tratase de un continuo que fluctúa desde pensamientos de muerte inespecíficos hacia otros más concretos acerca de la propia muerte. Además, la ideación suicida se debe ubicar en el contexto de un proceso complejo y dinámico. El proceso suicida está integrado por varias etapas que inician con una ideación suicida pasiva, pasa por etapas más activas de contemplación



del propio suicidio, por la planeación y la preparación, por la ejecución del intento hasta llegar a su consumación (González-Forteza *et al.*, 2003).

La tentativa de suicidio entre los jóvenes es más frecuente en las mujeres que en los varones (proporción de mujeres: 2,1/1), cerca de un 33% de los suicidas lo vuelven a intentar. El método más comúnmente empleado en el Intento Suicida por las mujeres es la sobredosis de medicamentos, mientras que los varones utilizan medidas más violentas, como producirse cortaduras o colgarse, además de que se sabe que las mujeres intentan más el suicidio, pero los hombres son quienes más lo consuman. Aunque la mayor parte del intento suicida en la adolescencia es impulsivo, esto no incluye la existencia de psicopatología subyacente o de problemas de personalidad (Sauceda-García *et al.*, 2006). Cerca de un millón de personas mueren cada año por suicidio y, de todas ellas, menos de 20 mil (menos de 2%) son estudiadas desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico (Bosque-Garza, 2006)

El suicidio a nivel mundial ocupa una de las tres primeras causas de muerte para la población entre 15 y 34 años de edad. La conducta suicida, especialmente la que se manifiesta durante la adolescencia, está entre los problemas que requieran una solución urgente. Estos datos indican claramente que el suicidio es ya un serio problema de salud pública (Bosque-Garza, 2006).

La conducta suicida sigue planteando interrogantes a la fecha no resueltas, y faltan aún por superar obstáculos de orden teórico, metodológico y práctico que limitan al desarrollo de este campo. El conocimiento actual de la conducta suicida es un complejo fenómeno multifactorial que obliga a promover una mayor investigación en el contexto sociocultural y psicosocial para una identificación más precisa de grupos de riesgo y mejor aplicación de medidas

preventivas y terapéuticas. Entre los factores que tienen una relación significativa con el riesgo de conducta suicida en adolescentes se encuentran: el género, la funcionalidad familiar, depresión, ansiedad, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, decepciones amorosas, antecedentes familiares de intento suicida (Cañón, 2011).

Así, en el estudio de la depresión los aspectos sociales y culturales cobran importancia al analizar la prevalencia. Las diferencias de género y la cultura como factores asociados con los síntomas depresivos, se relacionan con las diferencias económicas, el hogar y la prevalencia de relaciones asimétricas que favorecen la subordinación de la mujer. Asimismo, las mujeres a diferencia de los hombres presentan un mayor número de síntomas somáticos como son: cambios en los hábitos de sueño, pérdida de la energía, pérdida del interés en el sexo, cambios en el apetito, dificultad de concentración, pérdida de interés e irritabilidad (García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2011).

Las interacciones entre las variables de estudio son múltiples y complejas, se relacionan con aspectos positivos, tales como el bienestar, la solución constructiva de los problemas, la armonía, la expresión de afecto, cercanía e independencia; y con aspectos negativos, entre los que se encuentran, los problemas de salud, desintegración familiar, adicciones, y separación (García-Méndez *et al.*, 2011).

### 3.4.3. Histeria

El término histeria es uno de los más antiguos en la literatura psiquiátrica. No obstante, sigue subsistiendo mucha confusión y desacuerdo acerca de la

definición y la utilidad de este concepto. Términos como los de “histeria de ansiedad”, “histeria de conversión”, “carácter histérico”, “carácter histriónico”, “reacción disociativa” y “psicosis histérica” se han utilizado para describir estados que pueden ser semejantes, muy diferentes, o coincidentes en parte. Sin embargo, de acuerdo con el CIE 10 (1992) se trata de un trastorno de la personalidad caracterizada por:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c) Afectividad lábil y superficial.
- d) Búsqueda imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que se busca ser el centro de atención.
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.
- f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimiento de ser fácilmente herido y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

De acuerdo con el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, (MMPI-A). La escala 3 de Histeria (Hi), identifica aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto en el área sensorial como en la motora, sin base orgánica. Se abarcan dos grandes áreas de contenido: 1) preocupaciones somáticas, negación de problemas y 2) la necesidad de aceptación y aprobación social. Archer y Gordon (1988), encontraron en el MMPI original, cuando en las instituciones psiquiátricas percibía a los adolescentes hospitalizados con marcada elevación de la escala

3 y fueron descritos como dependientes, poco asertivos, así como capaces de modificar rápidamente sus conductas, en aras de satisfacer las expectativas y demandas sociales. Además, los adolescentes con elevación de la escala 3 fueron descritos con tendencia a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización y los síntomas físicos. En Estados Unidos los adolescentes de la población normativa tendían a manifestar problemas en la escuela, y los de población clínica tendían a presentar ideas o acciones suicidas (Lucio, Ampudia & Durán, 2004).

Los adolescentes con personalidad histérica se muestran egocéntricos, lábiles, histriónicos, provocadores sexuales, confían en la represión como principal mecanismo de defensa. La reacción de conversión, aunque concebida como mecanismo de defensa ante los impulsos sexuales y de Edipo, al igual que las reacciones de angustia y las fobias, comprende de modo invariable fuertes sentimientos de dependencia y hostilidad. Es característica de los que presentan reacciones de conversión, la temprana privación de cariño, que da por resultado una personalidad inmadura y dependiente que desempeña el rol de bebé en el conjunto familiar (González, 2001).

De acuerdo con la perspectiva psicodinámica, la personalidad histérica se genera en el grupo familiar donde la madre se caracteriza por ser competitiva y fría, que disfruta en lo aparente, suele presentar permisividad y protección exagerada a la hija, para compensar la incapacidad del afecto verdadero. La niña aprende a establecer una relación de dependencia con la madre a través de las enfermedades o el enojo, lo cual le dificulta su proceso de maduración. Durante la infancia son frecuentes las disputas con la madre en torno al dormir, comer o alguna otra pauta; para funcionar usa el llanto y dramatización con el objeto de manipular a los padres, la madre cede ante los caprichos y es

apoyada por el padre. La niña aprende a evadir las sanciones expresando que se siente mal, no conoce las consecuencias de su mala conducta, al mismo tiempo que no resuelve su problema de culpabilidad por evitar la sanción (González, 2001).

El histérico da la impresión de servirse de su cuerpo como instrumento para la expresión de cariño y ternura; pero la motivación proviene, con todo, de un deseo de obtener aprobación, admiración y protección, más bien que de un sentimiento de intimidad o de placer sexual general. La intimidad física es sustituida por intimidad emocional. Los histéricos responden a otros del mismo sexo con antagonismo competitivo, sobre todo si la otra persona es atractiva y deseada, y busca conseguir afecto y atención. La mujer histérica se presenta como desamparada y dependiente, teniendo necesidad de las respuestas constantes. El histérico requiere de una gran dosis de atención por parte de los demás, y no está en condiciones de enfrentarse a sí mismo. Por consiguiente, el aburrimiento constituye un problema constante, ya que se consideran a sí mismos como obtusos y carentes de estimulación. Buscan constantemente la estimulación externa, y la conducta histriónica, seductora, excesivamente emocional y desesperadamente dependiente (Coderch, 1991).

Desde el enfoque de la psiquiatría dinámica, los diversos cuadros calificados de histéricos son una unidad estructural etiológica y patogénica que desde su inicio ha llevado a los psiquiatras a considerar la realidad de la entidad nosológica denominada histeria. Existen rasgos característicos de la personalidad histérica que muestran los distintos tipos que adopta la histeria, y no, en una diferencia en el proceso patológico.

En la histeria en lugar de ser expresados conscientemente, los conflictos emocionales son convertidos en signos y síntomas somáticos localizados en

distintas partes del cuerpo, con especial predominio de aquellas que se hallan bajo control voluntario. Los síntomas clínicos de la histeria son el resultado de la transformación de los impulsos reprimidos, así como de los distintos elementos del conflicto inconsciente, en un lenguaje del cuerpo. La histeria de conversión difiere, pues, de otras formas de neurosis, en cuanto el material psíquico reprimido encuentra una vía de expresión externa, en forma de síntomas somáticos. La histeria puede presentar disociación de la vida psíquica, existe un aislamiento o escisión de algunos elementos del total de la personalidad, pudiendo estos elementos ser observados y estudiados separadamente. A través de este proceso de disociación se produce la separación inconsciente de una idea, impulso, función, comportamiento o conocimiento del conjunto de la vida psíquica, de manera que la síntesis e integración de la personalidad quedan rotas (Coderch, 1991).

Como todos los caracteres psicopatológicos, los individuos que presentan síntomas clínicos de histeria poseen rasgos comunes. De acuerdo con Coderch (1991) los rasgos más importantes de la personalidad histérica son los siguientes:

- a) Rasgos del comportamiento externo
  1. Egocentrismo muy acentuado
  2. Labilidad emocional, con sentimientos y emociones aparentemente intensos, pero sin profundidad real, volubles y fácilmente modificables.
  3. Tendencia a convertir los conflictos internos en formas de comportamiento externo con escasa o nula previsión de las consecuencias.
  4. Relativa falta de inhibiciones y limitado autocontrol.

5. Teatralidad, el histérico tiende al comportamiento dramático y a cierto tipo de exhibicionismo.
6. Susceptibilidad ante la sugestión.
7. Tendencia a la imitación y a la identificación superficial, como resultado de su elevado nivel de sugestibilidad.
8. Escaso interés por el estudio y las realizaciones de orden intelectual.
9. Superficialidad e inconstancia en las relaciones con los demás
10. Aparente actitud de dependencia, debilidad y necesidad de protección, contradictoriamente combinada con autoritarismo y habilidad para controlar a los otros.
11. Incapacidad para amar profundamente. En las mujeres histéricas coexiste la frigidez con la coquetería, e incluso, en ocasiones, con la promiscuidad sexual.

b) Rasgos y mecanismos profundos de la personalidad.

1. Represión primaria y masiva.
2. Capacidad para la transformación (conversión) de los conflictos psíquicos en fenómenos somáticos, realizando un verdadero “lenguaje de los órganos”.
3. Fuerte tendencia a la regresión.
4. Facilidad para la producción de estados de disociación psíquica
5. Utilización abundante de los mecanismos primitivos de defensa, tales como negación, simbolización, idealización y formación reactiva.
6. Escasa capacidad de sublimación.

Se puede considerar que todas las experiencias por las que pasa un individuo tienen sobre él una influencia predominantemente integradora o, por el contrario, disociadora. Los posibles efectos integradores o disociadores tienen gran importancia en las relaciones que se establecen en los primeros momentos de la vida, ya que a través de ellas se instauran las pautas de reacción emocional del individuo, así como los modelos conflictivos que reaparecerán más adelante, cuando las condiciones sean favorables para ello.



## Planteamiento del Problema

En México como en otros países, se reporta la relación del contexto familiar y síntomas de los trastornos mentales, particularmente con la depresión. Sin embargo, en nuestro país la falta de estrategias de prevención y el desconocimiento de los padres y de los educadores, sobre los síntomas de posibles trastornos mentales, hace que sólo sean detectados los trastornos de manera tardía, hasta que adquiere la psicopatología expresiones más severas. A ello se agrega que la población infantil y adolescente constituye el 29% de la población según datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Cabe señalar que gran parte los trastornos mentales tienen una edad de inicio durante la infancia y la adolescencia. Las personas que padecen depresión de inicio temprano en la infancia o la adolescencia presentan vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés, menor alcance educacional, ocupacional y económico (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004).

En un estudio realizado en México para determinar la frecuencia de trastornos psiquiátricos en niños escolares de primer grado de primaria, en escuelas públicas de la Ciudad de México, se utilizó el instrumento de tamizaje *Reporting Questionnaire for Children* (RQC). Se encontró una frecuencia de trastornos mentales de 13.4% en niños de 6 años (Rico *et al.*, 1998).

Así también, la Encuesta Nacional de Salud Mental con datos de Ciudad de México y el área Metropolitana, en una muestra de 3005 adolescentes, que utilizó como instrumento de diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH- CIDI-A 3.0), reportó para ambos sexos las fobias específicas y las fobias sociales. En las diferencias por sexo, las mujeres

presentaron fobias, depresión mayor, trastorno negativista desafiante, agorafobia sin pánico y ansiedad por separación. En los varones se reportaron fobias, trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial (Benjet *et al.*, 2009).

La familia es uno de los agentes que puede influir en el aumento, mantenimiento o disminución de los síntomas psicopatológicos (Gracia, Lila & Musitu, 2005). La mayoría de los estudios sobre la familia se ha centrado en los padres y, más en concreto, en los estilos educativos de éstos. Se han estudiado los componentes de los estilos parentales y su clasificación (democrática, autoritario, permisivo e indiferente). Estos enfoques tipológicos se han ido complementando con otras investigaciones que consideran a los estilos parentales como un continuo o graduación de dimensiones. Otro estudio, propone estilos parentales relacionales caracterizados por el apoyo, el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía. Desde una perspectiva más multidimensional, mediante el análisis de conglomerados se identificaron seis dimensiones: afecto, control conductual, fomento de autonomía, control psicológico, revelación y humor. Las nuevas dimensiones, como es el caso de la revelación destaca el carácter bidireccional de las relaciones entre padres e hijos. Si bien es cierto que las conductas parentales influyen en el adolescente, los comportamientos y actitudes del adolescente, también tienen impacto en el estilo parental (Oliva, Parra & Arranz, 2008).

Otros autores se han centrado en la importancia de los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, concluyendo que éstos estaban relacionados con la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés (Field, Diego & Sanders, 2002); Estévez, Musitu y Herrero (2005) indicaron la vinculación entre estos problemas y el ajuste escolar en la salud mental de los adolescentes (síntomas depresivos, ansiedad y estrés). La

aceptación de los padres y las críticas familiares se relacionaban con depresión y problemas de conducta en los adolescentes, siendo la aceptación de los padres la de mayor peso predictivo (Rosa-Alcázar, Parada-Navas, & Rosa-Alcázar, 2014).

A partir de las evidencias clínicas de la práctica profesional y los hallazgos reportados en diversos estudios, surge la inquietud por conocer la relación entre la comunicación familiar, las relaciones afectivas y las normas o reglas familiares con el ambiente familiar de los adolescentes hombres y mujeres. Para el desarrollo de la investigación se consideraron aspectos clínicos y psicosociales. Se propone un análisis de las condiciones ambientales del entorno familiar y su relación con la presencia de rasgos psicopatológicos en la población adolescente, con el propósito de confluir en un marco referencial de dimensiones clínicas y psicosociales que conforman la individualidad.

Así, el propósito de ésta investigación fue conocer la relación entre el ambiente familiar percibido por los adolescentes hombres y mujeres adolescentes y su relación con los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria. Para ello se desarrolló expresamente un cuestionario de ambiente familiar. Los factores obtenidos del ambiente familiar fueron: convivencia entre los padres, comunicación, normas y reglas, hostilidad y aceptación, y fueron correlacionados con los rasgos psicopatológicos de hipocondriasis, depresión e histeria del MMPI-A. Los resultados de este estudio aportan información útil para la comprensión del ambiente familiar del adolescente y su relación con algunos rasgos psicopatológicos del adolescente, el estudio se realizó en una pequeña muestra de estudiantes de educación media básica de Ciudad de México, a fin de poder contribuir con algunos datos en la comprensión de los factores familiares que guardan relación con la psicopatología y promover el bienestar psicológico de los adolescentes y sus familias.



## **IV MÉTODO**

### **1. Preguntas de investigación**

¿En qué medida el ambiente familiar negativo predice los rasgos de hipocondriasis en los adolescentes escolares?

¿En qué medida el ambiente familiar negativo predice los rasgos de depresión en los adolescentes escolares?

¿En qué medida el ambiente familiar negativo predice los rasgos de histeria en los adolescentes escolares?

### **2. Objetivos**

#### **Objetivo General 1**

Diseñar y validar un cuestionario que evalúe el ambiente familiar de los adolescentes.

### Objetivo Particular

Identificar si existen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes en la percepción del ambiente familiar.

### Objetivo General 2

Evaluar el nivel de predicción del ambiente familiar negativo sobre los rasgos de hipocondriasis en adolescentes escolares de educación media básica, en Ciudad de México.

Evaluar el nivel de predicción del ambiente familiar negativo sobre los rasgos de depresión en adolescentes escolares de educación media básica, en Ciudad de México.

Evaluar el nivel de predicción del ambiente familiar negativo sobre los rasgos de histeria en adolescentes escolares de educación media básica, en Ciudad de México

### Objetivos Particulares

Identificar si existen diferencias por sexo en la distribución de frecuencias de los criterios de normalidad de las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria en la población adolescente.

### 3. Variables

Variable Independiente

Ambiente Familiar

Definición Conceptual:

Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo familiar para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio (Rivera & Andrade, 2010).

Definición Operacional:

Es la percepción que el adolescente tiene sobre el grado de aceptación familiar, la comunicación de emociones y situaciones diarias con la familia, el establecimiento de reglas de convivencia familiar, la percepción de conflictos entre los padres y la hostilidad del adolescente y los miembros de la familia; evaluada mediante las respuestas obtenidas en la Escala de Ambiente Familiar para Adolescente.

Variable Dependiente

Los rasgos de neuroticidad:

Escala básica 1, Hipocondriasis (Hs) la elevación de la escala indica preocupación por la salud...quejas diversas sobre lo físico que van desde los síntomas específicos, hasta quejas generales o vagas (Butcher *et al.*, 1996).

Escala básica 2, Depresión (D) se describe como un índice de insatisfacción con la propia vida, incluyendo desesperanza, abatimiento, apatía y sensibilidad excesiva. Las puntuaciones altas describen culpa, timidez, autocrítica y actitud retrospectiva (Butcher *et al.*, 1996).

Escala básica 3, Histeria (Hi) identifica a aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto en el área sensorial como en la motora, sin base orgánica; incluye preocupaciones somáticas, negación de problemas, la necesidad de aceptación social y aprobación social (Butcher *et al.*, 1996).

Definición Operacional:

El puntaje obtenido en las escalas de neuroticidad hipocondriasis, depresión e histeria, del MMPI-A (Butcher *et al.*, 1996).

#### 4. Hipótesis

HA1 Existen diferencias por sexo en el ambiente familiar de los adolescentes escolares

H01 No existen diferencias por sexo en el ambiente familiar de los adolescentes escolares.



HA2 Existen diferencias por sexo, entre los rangos de normalidad en las escalas de neuroticidad.

H02 No existen diferencias por sexo, entre los rangos de normalidad en las escalas de neuroticidad.

HA3 El ambiente familiar negativo predice los rasgos de hipocondriasis en los adolescentes.

H03 El ambiente familiar negativo no predice los rasgos de hipocondriasis en los adolescentes

HA4 El ambiente familiar negativo predice los rasgos de depresión en los adolescentes.

H04 El ambiente familiar negativo no predice los rasgos de depresión en los adolescentes

HA5 El ambiente familiar negativo predice los rasgos de histeria en los adolescentes.

H05 El ambiente familiar negativo no predice los rasgos de histeria en los adolescentes

HA6 Existen diferencias por sexo en el valor predictivo que tiene el ambiente familiar negativo en los rasgos de neuroticidad.

H06 No existen diferencias por sexo en el valor predictivo que tiene el ambiente familiar negativo en los rasgos de neuroticidad.

## Participantes:

Se realizó un muestreo incidental por cuota de 391 adolescentes hombres y mujeres, escolares que cursaron el segundo y tercer grado de secundaria (al momento de la aplicación) en escuelas públicas de Ciudad de México. Los participantes del sexo masculino fueron 191 (48.8%) y 200 del sexo femenino (51.2%). El rango de edad fue de 14 a 16; años, de 14 años el 46.8; de 15 años el 50.4%; de 16 años el 2.8 %; M = 14.55 años y una DE =.561.

## Tipo de Estudio:

Ex post facto

## Diseño:

Correlacional

## Instrumentos:

Escala de Ambiente Familiar para Adolescente (EAFA). Se elaboró un cuestionario dirigido a la población de adolescentes, de formato Likert, autoaplicable con cuatro opciones de respuesta, casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre, distribuidos en 5 factores con un total de 25 reactivos que explican el 52% de la varianza y un Alpha de Cronbach global de .899.

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), se aplicaron las 478 preguntas de todas las escalas del MMPI-A. Para el presente estudio el análisis consideró las Escalas Básicas de neuroticidad: 1 Hs, Hipocondriasis con un coeficiente alfa .55 en varones y en mujeres .64; 2 D Depresión con un coeficiente alfa en varones .76 y en mujeres .76; y 3 Hi Histeria con un coeficiente alfa en varones de .76 y en mujeres .74. Se consideraron para el estudio sólo aquellos participantes que cumplieron los criterios establecidos en las escalas de validez del instrumento (Butcher *et al.*, 1996).

## Procedimiento

### Primera Etapa

Consistió en desarrollar un instrumento sobre la percepción que los adolescentes tienen de su Ambiente Familiar, las dimensiones fueron: relaciones afectivas, normas y reglas de funcionamiento y comunicación. Se elaboraron 40 reactivos para cada dimensión, tanto positivos como negativos, se realizó un piloteo con 60 participantes escolares de secundarias públicas de la Ciudad de México para identificar los posibles errores de la estructura lingüística de los reactivos, que impidieran la comprensión adecuada y seleccionar aquellos que mejor describieron las dimensiones del ambiente familiar.

Para continuar con el proceso de validación el instrumento se aplicó en escuelas Secundarias públicas de la Ciudad de México con la autorización del

personal directivo y los padres mediante oficios y el consentimiento informado de los padres. Los datos obtenidos fueron procesados en el programa SPSSv.21 y fueron sometidos a análisis de distribución normal, curtosis y prueba t de Student, para determinar su capacidad de discriminación. Se seleccionaron los 88 reactivos que discriminaban. Los cuales fueron sometidos a un análisis Factorial con rotación ortogonal, por lo que quedo integrado el instrumento con 25 reactivos, con una confiabilidad global .899 y una varianza explicada del 52%.

## Segunda Etapa

La aplicación de la Escala de Ambiente Familiar para Adolescentes y las escalas de Hipocondriasis, Hs; Depresión, D; Histeria Hi del MMPI-A (Butcher *et al.*, 1996) se realizó mediante la elaboración de los oficios correspondientes para solicitar la autorización del personal directivo y de los padres de familia mediante el consentimiento informado, en ocho escuelas Secundarias públicas, de las Delegaciones Iztapalapa, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza de la Ciudad de México.

La aplicación fue voluntaria, se llevó a cabo de forma colectiva en las aulas escolares, con personal de apoyo previamente capacitado, la presencia de un docente y el responsable de la investigación. Se hizo énfasis en que los resultados de la información obtenida era anónima y tendría un uso estadístico. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo en el SSPS v.21.

## V

# RESULTADOS

Para el análisis de las variables sociodemográficas se realizaron análisis de frecuencias y análisis t de Student. El promedio escolar de los adolescentes en el último grado cursado fue: menor a 8 en el 55.5% de los adolescentes y el 92.8% reportó no haber reprobado ciclos escolares previos.

Las familias de los adolescentes estuvieron integradas en el 80% por cinco o menos miembros entre padres e hijos ( $M = 4.78$  integrantes); un solo hijo 6%, 2 hijos 32%, 3 hijos 40%, 4 hijos 13% y 5 o más hijos 9%.

La edad de la madre fue menor a 33 años en el 11%, por lo que considerando la media de edad y la moda en los adolescentes es posible afirmar que fueron madres adolescentes, si el primer hijo fue el que participó en el estudio; si fue el segundo o el tercer hijo, el porcentaje de madres adolescentes podría representar un incremento importante. En general, las madres con 40 años de edad o menos constituyen el 52%, de 40 a 50 años corresponden al 31%, el 6% se reportan con edad mayor a los 50 años. En relación con la edad del padre, el 6% tuvieron una edad igual o menor a 33 años habiendo sido padres adolescentes, el 37% de los padres tiene una edad de 40 años o menos, el 46% tiene de 41 a 50 años y 11% tiene una edad de 51 años o más.

En relación a la ocupación, las madres reportaron que el 52% se dedica al hogar, 35% empleadas, obreras o comerciantes, el 12% profesionales y el 3% técnicas, la ocupación de la madre continúa siendo principalmente el hogar y actividades de subempleo. La ocupación del padre el 69% son empleados, comerciantes, choferes y obreros, 20% profesionales, 8% técnicos y el 3% jubilado o pensionado, sólo el 17% de ellos son profesionales, mientras que más del 40% son reportados con una ocupación de subempleo. En relación a la actividad productiva de los adolescentes, el 64% reporta trabajar o haber trabajado en algún momento de su vida, lo que sugiere un entorno familiar de limitaciones económicas.

El estado civil de los padres fue: casados 66%, solteros 3%, unión libre 9%, divorciados 8%, viudos 3% y separados 11%. El 77% de los adolescentes reporta que el padre vive en la casa y el 23% no, mientras el 94% de las madres vive en casa y el 6% no. Además, 52% manifiesta que el domicilio en el que vive es compartido con otros familiares.

Entre los adolescentes estudiados, son familias pequeñas de 1 o 2 hijos (38%), y familias numerosas (22%) con 4, 5 o más hijos. Con base en la edad de los padres y el rango de edad de los adolescentes se hace posible considerar, si el adolescente fue producto de la primera gestación; más del 11% de las madres, fueron madres adolescentes y más del 6% padres adolescentes. Sin embargo, es muy probable que el número de padres adolescentes en su momento pudo ser mayor dependiendo del lugar que ocupa el adolescente participante, entre los hermanos. Al respecto, entre el 1° y el 2° lugar es el 70%, con el 3° lugar el 20% y del 4° al 10° hijo en la familia fue el 10% de los adolescentes.

En cuanto a la estructura familiar, el 28% de los adolescentes no vive con ambos padres en el hogar; la ausencia del padre en el hogar es el 23% y de la madre el 6%. Al comparar los resultados obtenidos, con lo reportado por Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora, Reyes y Rivera (1997), quienes señalan que 14% no viven con el padre y el 4% no vive con la madre. Se observa un incremento del 9% en la ausencia de los padres y un aumento del 2% en la ausencia de las madres en el hogar.

Para el diseño del instrumento de Ambiente Familiar de los adolescentes, se elaboraron 40 reactivos para cada dimensión a evaluar: comunicación, relaciones afectivas, reglas y normas de funcionamiento con 4 opciones de respuesta para cada reactivo. Se obtuvo la curtosis de cada reactivo, para identificar la variabilidad de los reactivos dentro de la curva normal y la discriminación de reactivos a través de la prueba t de Student con grupos extremos, para la exclusión de aquellos reactivos que no cumplieron con los criterios de discriminación.

Con el propósito de obtener la estructura factorial, los 88 reactivos que cumplieron los criterios de discriminación para el constructo del ambiente familiar del adolescente, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, el cual permite identificar factores que no están asociados entre sí. Se analizó la matriz de componentes principales se revisaron las comunalidades de cada uno de los reactivos teniendo como punto de corte .40, el que fue cubierto por los reactivos, con valor eigen mayor a 1, criterio que agrupa 5 factores. Para cada factor que integra el instrumento de Ambiente Familiar para adolescentes, se obtuvo la media y la desviación estándar, Tabla 2.

Tabla 2.

Número de reactivos, rango teórico, medias y DT de los factores que integran el ambiente familiar.

Factor	No. de reactivos	Rango Teórico	Media	DT
1. Conflicto entre los padres	6	6 – 24	9.61	3.19
2. Falta de Comunicación	5	5 – 20	10.01	2.52
3. Falta de normas y reglas	6	6 – 24	10.18	3.52
4. Hostilidad	5	5 – 20	9.07	2.95
5. Aceptación familiar	3	3 - 15	9.86	2.19

Con base en la distribución de los reactivos, las relaciones familiares del adolescente y los factores que la integran se definieron de la siguiente manera:

### Ambiente Familiar del Adolescente

Es la percepción del adolescente de los conflictos entre los padres, las dificultades en la comunicación familiar y la presencia de reglas de convivencia familiar, la hostilidad y el grado de aceptación familiar entre los miembros de la familia.

### Factores

#### Factor 1. Conflictos entre los padres

Consiste en los patrones de relación que el adolescente percibe entre los padres, en la identificación de problemas, el discurso reiterado de los



conflictos, la falta de acuerdos y la falta de afecto que el adolescente percibe en el entorno familiar.

*Indicadores del factor 1.-* Percepción de problemas en la pareja, problemas de pareja que afectan la dinámica familiar, persistencia de los problemas de pareja, falta de responsabilidad y percepción de falta de afecto en la familia.

#### Factor 2. Falta de comunicación familiar

Se caracteriza por el tipo de comunicación que el adolescente establece con la familia en relación a sus actividades diarias, emociones y afectos.

*Indicadores del factor 2.-* Falta de comunicación de emociones y situaciones cotidianas, falta de expresión afectiva.

#### Factor 3. Falta de normas y reglas de relación

Se refiere a los patrones de relación caracterizados por la falta de límites y respeto en la relación con los miembros de la familia.

*Indicadores del factor 3.-* Falta de respeto entre los miembros, falta de interés en el hogar y falta de límites.

#### Factor 4. Hostilidad

Consiste en el comportamiento y actitud intolerante, demandante que el adolescente presenta y observa en el entorno familiar.

*Indicadores del factor 4.-* Descalificación entre los miembros, actitud agresiva, falta de tolerancia y la devaluación entre los miembros.

#### Factor 5. Aceptación familiar

Consiste en la aceptación, cooperación, presentación de alternativas a los problemas y en el respeto a la individualidad de los miembros.

*Indicadores del Factor 5.-* Aceptación, solidaridad y actitud positiva a los problemas familiares.

Los pesos factoriales de los reactivos y su distribución en los cinco factores, se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3.

Pesos factoriales de la escala de Ambiente Familiar para Adolescentes

Reactivo	Factor	Factor	Factor	Factor	Factor
	1	2	3	4	5
116. Percibo fuertes problemas entre mis padres	<b>.763</b>	-.025	.162	-.146	.281
114. Siento que mis padres tienen problemas que podrían afectar a toda la familia	<b>.742</b>	.069	.277	-.095	.127
110. Los padres discuten por los mismos problemas	<b>.726</b>	.054	.151	-.197	.118
52. He notado el incumplimiento económico de mi padre	<b>.715</b>	.185	.075	.012	.005
50. Considero que la relación con mi padre es mala	<b>.539</b>	.278	.070	-.203	.030
53. Me siento poco querido por mi familia	<b>.406</b>	.321	.273	-.368	.135
60. Es difícil que platique en mi casa, lo que me sucede durante el día	.124	<b>.729</b>	.124	-.082	.156
108. Siento que hay algunas cosas que me cuesta mucho trabajo hablar con mi familia	.220	<b>.698</b>	.097	-.147	-.078
94. Platico de mis estados de ánimo con mi familia	-.047	<b>.666</b>	.147	.015	.241
39. Me llevo mejor con mis amigos que con los miembros de mi familia	.126	<b>.628</b>	.153	-.164	.165
57. Los padres se olvidan de mostrar afecto a sus hijos	.318	<b>.435</b>	.245	-.242	.182
2. En mi familia, cuando llegamos a casa se nos olvida saludarnos	.038	.233	<b>.633</b>	.024	.031

10. Cuando alguien se enoja en casa, es poco lo que se puede hacer para que se calme	.082	.147	<b>.620</b>	-.031	.050
19. Por cualquier cosa discutimos en mi familia	.318	.191	<b>.552</b>	-.322	.225
18. Pienso que es difícil mantener el respeto en la familia	.150	.068	<b>.551</b>	-.195	.189
7. Cuando se descompone algo en casa, pasa mucho tiempo para que alguien lo repare	.186	.046	<b>.550</b>	-.037	-.072
11 Mantener la armonía es una de las cosas más difíciles de lograr	.129	.081	<b>.549</b>	-.129	.379
61. Me han dicho que soy dominante y mandón(a)	-.044	-.128	-.036	<b>.700</b>	.039
71. Me dicen que al hablar “golpeo” las palabras	-.055	-.013	-.098	<b>.692</b>	-.037
93. En mi familia acostumbramos sacar a relucir muchas de nuestras faltas cuando discutimos	-.158	-.035	-.037	<b>.617</b>	-.080
67. Me da la impresión que cuando hablo, le provoco agresividad a algunos de mi familia	-.249	-.234	-.081	<b>.577</b>	-.130
84. Me cuesta mucho trabajo tener que adaptarme a los gustos de mi familia	-.071	-.397	-.259	<b>.437</b>	-.156
106. En mi familia nos aceptamos entre nosotros	.101	.142	.072	-.102	<b>.798</b>
109 Hay solución a los problemas familiares	.090	.155	.139	.018	<b>.790</b>
56. En mi familia respetan los gustos de cada uno de nosotros	.285	.220	.097	-.157	<b>.576</b>

---

Para el análisis de los resultados se considera; a mayor conflicto entre los padres, mayor puntaje; a mayor falta de comunicación familiar, mayor puntaje; a mayor falta de normas y reglas familiares, mayor puntaje; a mayor hostilidad mayor puntaje; a mayor aceptación familiar, mayor puntaje.

Los 5 factores obtenidos explican el 52% de la varianza total, los resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4.

Valores eigen fiabilidad y varianza explicada en factores del ambiente familiar.

Factor	Valores eigen	Alpha	% Varianza explicada	% de Varianza acumulada
1. Conflicto entre los padres	3.168	.807	12.673	12.673
2. Falta de Comunicación	2.716	.756	10.863	23.535
3. Falta de normas y reglas	2.492	.708	9.967	33.502
4. Hostilidad	2.398	.681	9.590	43.093
5. Aceptación familiar	2.232	.717	8.928	52.021

Una vez obtenidos los factores, se realizó un análisis de correlación de Pearson, para determinar la consistencia interna entre los factores del Ambiente Familiar, los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5.  
Correlación de factores que integran el ambiente familiar del adolescente.

	Conflictos entre los padres	Falta comunicación	Falta de normas y reglas	Hostilidad	Aceptación familiar
Conflicto entre los padres	--				
Falta de comunicación	.493**	--			
Falta de Normas y reglas	.515**	.439**	--		
Hostilidad	.457**	.437**	.420**	--	
Aceptación Familiar	-.430**	-.350**	-.447**	-.303**	--

\*\*p < 0.01

Se observan correlaciones significativas al .01, entre los diferentes factores que integran el ambiente familiar, los factores con correlación positiva fueron: conflictos entre los padres, falta de comunicación familiar, falta de normas y reglas, y hostilidad, Sólo el factor aceptación familiar, establece correlación negativa con todos los factores antes mencionados. La correlación más elevada, se encuentran en el factor conflictos entre los padres y la ausencia de normas y reglas de .515; seguida de la correlación conflictos entre los padres y comunicación .493, conflictos entre los padres y hostilidad de .457. En cuanto al factor de aceptación familiar se encuentra una correlación negativa con el factor conflicto entre los padres -.430 y una correlación

negativa con el factor aceptación familiar con la ausencia de normas y reglas de -.447.

Para dar respuesta a las hipótesis planteadas sobre la relación que existe entre el ambiente familiar y los rasgos neuroticidad evaluados con las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria del MMPI-A, se realizó el análisis de correlación de Pearson, los resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6.

Correlación de factores que integran el ambiente familiar del adolescente y las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria.

	Hipocondriasis	Depresión	Histeria
Conflicto entre los padres	.288**	.346**	.236**
Falta de comunicación	.239**	.314**	.200**
Falta de Normas y reglas	.243**	.312**	.176**
Hostilidad	.303**	.253**	.182**
Aceptación familiar	-.363**	-.337**	-.268**

\*\*p< 0.01

Todas las correlaciones obtenidas entre el ambiente familiar y las escalas de neuroticidad fueron significativas al.01. La correlación más alta es negativa y se presenta entre la aceptación familiar y la hipocondriasis de -.363. Seguida de las correlaciones positivas de la depresión y los conflictos entre los padres de .346, la depresión y aceptación familiar con -.337, la depresión y la falta de comunicación .314, la depresión y la falta de normas y reglas, así como la

hipocondriasis y la hostilidad con .303. Las menores correlaciones del ambiente familiar se presentan en la escala de histeria.

Se realizó un análisis de t de Student para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en las medias obtenidas en los factores del instrumento de ambiente familiar entre hombres y mujeres, los resultados se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7.

Comparación de medias de los puntajes de ambiente familiar en hombres y mujeres adolescentes.

Variables	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>		t	P
	M	DE	M	DE		
1. Conflicto entre los padres	8.92	3.47	10.28	4.19	-3.38	.001**
2. Falta de Comunicación	9.68	2.17	10.33	2.78	-2.59	.010**
3. Falta de normas y reglas	10.21	3.54	10.15	3.51	.148	.882
4. Hostilidad	8.74	2.75	9.39	3.11	-2.17	.030*
5. Aceptación familiar	9.88	2.10	9.84	2.28	.198	.843

p < 0.01\*\* p < 0.05\*

Entre las variables sociodemográficas se consideró, si el padre vive en casa o no vive en casa, con el objeto de identificar si el tipo de estructura familiar, tenía relación con el ambiente familiar. Por lo que se realizó el análisis estadístico de la prueba t de Student para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas del ambiente familiar, los resultados se presentan en la Tabla 8.



Tabla 8.

Comparación de medias en los adolescentes que viven con su padre y los que no viven con su padre.

Factores	<u>Vive el padre en casa</u>		<u>No vive el padre en casa</u>		t	P
	M	DE	M	DE		
1. Conflicto entre los padres	9.16	3.65	11.34	4.36	-4.496	.000**
2. Falta de Comunicación	9.96	2.50	10.19	3.60	-.776	.481
3. Falta de normas y reglas	10.07	3.56	10.50	3.42	1.008	.314
4. Hostilidad	8.84	2.93	9.84	2.92	-2.851	.005**
5. Aceptación familiar	9.98	2.14	9.46	2.34	1.973	.049*

\*\*p < 0.01, \*p > .05

Es posible observar diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas: cuando el padre no vive en casa, el puntaje fue de 11.34 en conflicto entre los padres, así como, en hostilidad de 9.84 y se obtuvo una menor percepción de aceptación familiar de 9.46.

El factor de conflicto entre los padres contiene el reactivo ¿He notado el incumplimiento económico de mi padre? Se analiza con la variable agrupada de vive el padre en casa (Si o No). A continuación, se presenta el análisis de medias, que identifica diferencias significativas, cuando el padre vive en casa y cuando éste no vive en casa, Tabla 9

Tabla 9.

Comparación de medias en la percepción del incumplimiento económico del padre de los adolescentes que viven con su padre y los que no viven con su padre.

Variable	<u>Vive el padre en casa</u>		<u>No vive el padre en casa</u>		t	P
	M	DE	M	DE		
He notado el incumplimiento económico de mi padre	1.45	.864	2.22	1.257	-6.554	.000**

\*\*p < 0.01

Asimismo, se realizó el análisis estadístico en la comparación de las medias del ambiente familiar cuando la madre vive en casa y cuando no vive en casa. Sin embargo, sólo el 6% (n= 22) de las madres no viven en casa, por lo que no fue posible identificar diferencias significativas, los resultados se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10.

Comparación de medias en los adolescentes que viven con la madre y los adolescentes que no viven con la madre.

Factores	<u>Vive la madre en casa</u>		<u>No vive la madre en casa</u>		t	P
	M	DE	M	DE		
1. Conflicto entre los padres	9.57	3.86	10.42	4.67	-.971	.330
2. Falta de Comunicación	9.98	2.48	10.47	3.20	-.865	.388
3. Falta de normas y reglas	10.16	3.53	10.45	3.48	-.370	.712
4. Hostilidad	9.05	2.92	9.36	3.60	-.478	.633
5. Aceptación familiar	9.85	2.19	9.95	2.36	-.216	.829

p > .05

Los conflictos entre los padres, la falta de comunicación, la falta de normas y reglas familiares y la hostilidad se presentan con una media ligeramente más elevada y se percibe una ligera mayor aceptación familiar, cuando la madre no vive encasa, aunque no tuvo diferencias estadísticamente significativas.

En análisis por sexo en la comparación de medias, de la variable dependiente rasgos psicopatológicos con las escalas hipocondriasis, depresión e histeria, reporta diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes hombres y mujeres, los resultados se presentan en la Tabla 11.

Tabla 11.

Comparación de medias en los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en hombres y mujeres adolescentes

Variables	<u>Hombres</u>		<u>Mujeres</u>		t	P
	M	DE	M	DE		
Hipocondriasis	9.07	4.87	10.61	5.24	-3.00	.003**
Depresión	20.10	5.41	22.79	5.86	-4.69	.000**
Histeria	21.14	6.49	22.96	5.47	-2.99	.003**

\*\*p< 0.01

Para determinar si existen diferencias significativas por sexo, en el Puntaje Total que determina los criterios de normalidad, en las escalas de neuroticidad del MMPI-A (Butcher, *et al.*, 1996): hipocondriasis, depresión e histeria, se realizó en análisis de Chi cuadrada los resultados se presentan a continuación.

## Análisis de Chi cuadrada 1, Hipocondriasis

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos que determinan los puntajes por debajo de la norma, en la norma y por arriba de la norma en la escala de Hipocondriasis, entre hombres y mujeres adolescentes, se realizó el Análisis de Chi – cuadrada, obtenido los siguientes resultados, que se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12.

Análisis de Chi – cuadrada con el Puntaje Total de la escala de Hipocondriasis, Hs.

Variable	Hipocondriasis, Hs.								$\chi^2$
	Debajo de lo Normal		Normal		Arriba de lo Normal				
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Hombre	95	24.	75	19.5	21	5.5	191	49	8.015*
Mujer	74	19	89	22.5	37	9.5	200	51	
Total	169	43	164	42	58	15	391	100	

\*p< 0.05

Los resultados obtenidos permiten identificar diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes, en los puntajes de hipocondriasis por debajo de lo normal, normal y arriba de lo normal. En el rango por arriba de lo normal se presenta 5.5% de los hombres y el 9.5% de las mujeres.

## Análisis de Chi Cuadrada 2 Depresión

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos que determinan los puntajes de normalidad y anormalidad, de la escala de Depresión, entre hombres y mujeres adolescentes, se realizó el Análisis de Chi – cuadrada, obtenido los siguientes resultados de la Tabla 13.

Tabla 13.

Análisis de Chi - cuadrada con el Puntaje Total de la escala de Depresión.

Variable	Depresión, D.								$\chi^2$
	Debajo de lo Normal		Normal		Arriba de lo Normal				
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Hombre	119	62.3	64	33.5	8	4.2	191	48.9	14.042**
Mujer	94	47	80	40	26	13	200	51.1	
Total	213	54.5	144	37	34	8.7	391	100	

\*\*p < 0.01

Los resultados obtenidos permiten identificar diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes, en los puntajes de Depresión por debajo de lo normal, normal y arriba de lo normal. Las mujeres adolescentes alcanzaron el 13% en el rango por arriba de lo normal, mientras el 4.2% de los hombres reportaron estar por arriba de lo normal. El 62% de los adolescentes hombres se encuentran por debajo de lo normal y un 33.5% en el rango de normalidad.

### Análisis de Chi Cuadrada 3 Histeria

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los rangos que determinan los puntajes de normalidad y anormalidad, de la escala de Histeria, entre hombres y mujeres adolescentes, se realizó el Análisis de Chi – cuadrada, obtenido los siguientes resultados de la Tabla 14.

Tabla 14.

Análisis de Chi – cuadrada con el Puntaje Total de la escala de Histeria, Hi.

Variable	Histeria, Hi.						N	%	$\chi^2$
	Debajo de lo Normal		Normal		Arriba de lo Normal				
	n	%	n	%	n	%			
Hombre	107	56	61	32	23	12	191	48.9	6.969*
Mujer	86	43	87	43.5	27	13.5	200	51.1	
Total	193	49	148	38	50	13	391	100	

\*p< 0.05

Los resultados obtenidos en el análisis de Chi – cuadrada en las escalas de Histeria, permiten identificar diferencias significativas por sexo entre los rasgos de los puntajes totales de la escala de histeria.

## Análisis de Regresión Múltiple 1 Hipocondriasis Hs.

### Regresión Múltiple en variables que predicen la Hipocondriasis.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso de la escala de hipocondriasis como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 15, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 1.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación la aceptación familiar como predictor, explicó el 12% de la varianza, [F (1,357) = 51.804, p =.01]. En el segundo paso se incluyó en la ecuación la hostilidad como predictor, incremento la  $R^2=.168$  F *incrementada* [F (1,357) = 37.090, p =.01].

Tabla 15.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a paso en variables que predicen la **Hipocondriasis**.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.835	.116	-.356**
Paso 2			
Hostilidad	.385	.087	.224**

Nota,  $R^2 = .127$  para el paso 1 (p < .01);  $R^2 = .173$  para el paso 2 (p < .01).

\*\*p < 0.01

## Análisis de Regresión Múltiple 2 Hipocondriasis Hs.

### Regresión Múltiple en variables que predicen la Hipocondriasis en hombres.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en hombres de la escala de hipocondriasis como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 16, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 2.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación la aceptación familiar como predictor, explicó el 10% de la varianza, [F (1,176) = 19.354, p =.01]. En el segundo paso se incluyó en la ecuación la hostilidad como predictor, incremento la  $R^2=.121$  F *incrementada* [F (1,176) = 11.995, p =.01].

Tabla 16.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a paso en variables que predicen la Hipocondriasis en hombres.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.669	.169	-.287**
Paso 2			
Hostilidad	.264	.128	.150*

Nota,  $R^2 = .100$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .121$  para el paso 2 ( $p < .05$ ).

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$



### Análisis de Regresión Múltiple 3 Hipocondriasis Hs.

#### Regresión Múltiple en variables que predicen la Hipocondriasis en mujeres.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en mujeres de la escala de hipocondriasis como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 17, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 3:

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación la aceptación familiar como predictor, explicó el 15% de la varianza, [F (1,180) = 33.907, p =.01]. En el segundo paso se incluyó en la ecuación la hostilidad como predictor, incremento la  $R^2=.213$  *F incrementada* [F (1,180) = 24.093, p =.01].

Tabla 17.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a paso en variables que predicen la Hipocondriasis en mujeres.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.692	.167	-.300**
Paso 2			
Hostilidad	.423	.121	.252**

Nota,  $R^2 = .159$  para el paso 1 (p < .01);  $R^2 = .213$  para el paso 2 (p < .01).

\*\*p < 0.01

## Análisis de Regresión Múltiple 4 Depresión D.

### Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso de la escala de Depresión como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 18, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 1.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación conflicto entre los padres como predictor, explicó el 12% de la varianza, [F (1,357) = 50.259, p =.000] En el segundo paso se incluyó, a la ecuación aceptación familiar como predictor, incremento la  $R^2=.161$  F *incrementada* [F (1,357) = 34.011, p =.000] y en el tercer paso se incluyó en la ecuación falta de comunicación como predictor, incremento la  $R^2=.177$  F *incrementada* [F (1,357) = 25.300, p =.000].

Tabla 18.

Análisis de Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión (D)

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Conflicto entre los padres	.305	.087	.204**
Paso 2			
Aceptación familiar	-.501	.143	-.188**
Paso 3			
Falta de comunicación	.333	.128	.145**

Nota,  $R^2 = .124$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .161$  para el paso 2 ( $p < .01$ );  $R^2 = .177$  para el paso 3 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

## Análisis de Regresión Múltiple 5 Depresión D.

### Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión en hombres.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en hombres de la escala de Depresión como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 19, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 2.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación aceptación familiar como predictor, explicó el 6% de la varianza, [F (1,176) = 11.171, p =.001] En el segundo paso se incluyó, a la ecuación conflicto entre los padres como predictor, incremento la  $R^2=.088$  F *incrementada* [F (1,176) = 8.438, p =.000].

Tabla 19.

Análisis de Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión (D) en hombres.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.507	.191	-.199**
Paso 2			
Conflicto entre los padres	.274	.118	.175**

Nota,  $R^2 = .060$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .088$  para el paso 2 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

## **Análisis de Regresión Múltiple 6 Depresión D.**

### **Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión en mujeres.**

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en mujeres de la escala de Depresión como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 20, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ), los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 3.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación falta de normas y reglas familiares como predictor, explicó el 17% de la varianza, [F (1,180) = 38.413, p =.000] En el segundo paso se incluyó, a la ecuación falta de comunicación como predictor, incremento la  $R^2=.225$  F *incrementada* [F (1,180) = 25.810, p =.000] y en el tercer paso se incluyó en la ecuación con valores negativos la aceptación familiar como predictor, incremento la  $R^2=.251$  F *incrementada* [F (1,180) = 19.760, p =.000].

Tabla 20.

Análisis de Regresión Múltiple en variables que predicen la Depresión (D) en mujeres.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Falta de normas y reglas	.315	.145	.187**
Paso 2			
Falta de comunicación	.468	.167	.223**
Paso 3			
Aceptación familiar	-.518	.208	-.198**

Nota,  $R^2 = .177$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .225$  para el paso 2 ( $p < .01$ );  $R^2 = .251$  para el paso 3 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

## Análisis de Regresión Múltiple 7 Histeria.

### Regresión Múltiple en variables que predicen la histeria.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso de la escala de histeria como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 21, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 1.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación la aceptación familiar como predictor, explicó el 7% de la varianza, [F (1,357) = 28.066, p =.000] En el segundo paso se incluyó en la ecuación, conflicto entre los padres como predictor, incremento la  $R^2=.096$  F *incrementada* [F (1,357) = 18.851, p =.000].

Tabla 21.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a pasos, en variables que predicen la Histeria (Hi).

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.745	.153	-.201**
Paso 2			
Conflicto entre los padres	.259	.086	.166**

Nota,  $R^2 = .073$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .096$  para el paso 2 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

## Análisis de Regresión Múltiple 8 Histeria.

### Regresión Múltiple en variables que predicen los rasgos de histeria en hombres.

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en hombres de la escala de histeria como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 22, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 2.

Solo se incluyó un primer paso en el análisis, se incorporó aceptación familiar como predictor, explicó el 5% de la varianza, [F (1,176) = 10.297, p =.002].

Tabla 22.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a pasos, en variables que predicen la Histeria (Hi) en hombres.

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Aceptación familiar	-.722	.225	-.236**

Nota,  $R^2 = .056$  para el paso 1 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

## **Análisis de Regresión Múltiple 9 Histeria.**

### **Regresión Múltiple en variables que predicen la histeria en mujeres.**

Se realizó un análisis de regresión múltiple paso a paso en mujeres de la escala de histeria como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 23, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados ( $\beta$ ) y los coeficientes de determinación ( $R^2$ ), véase también Figura 3.

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación conflicto entre los padres como predictor, explicó el 13% de la varianza, [F (1,180) = 27.187, p =.000] En el segundo paso se incluyó en la ecuación, la falta de comunicación como predictor, incremento la  $R^2=.163$  F *incrementada* [F (1,180) = 17.328, p =.000].

Tabla 23.

Análisis de Regresión Múltiple por el método pasó a pasos, en variables que predicen la Histeria (Hi).

Variable	B	EE	$\beta$
Paso 1			
Conflicto entre los padres	.334	.105	.255**
Paso 2			
Comunicación familiar	.399	.155	.207**

Nota,  $R^2 = .132$  para el paso 1 ( $p < .01$ );  $R^2 = .163$  para el paso 2 ( $p < .01$ ).

\*\* $p < 0.01$

Figura 1.

Modelo teórico sobre características del entorno familiar y su relación con los trastornos mentales.

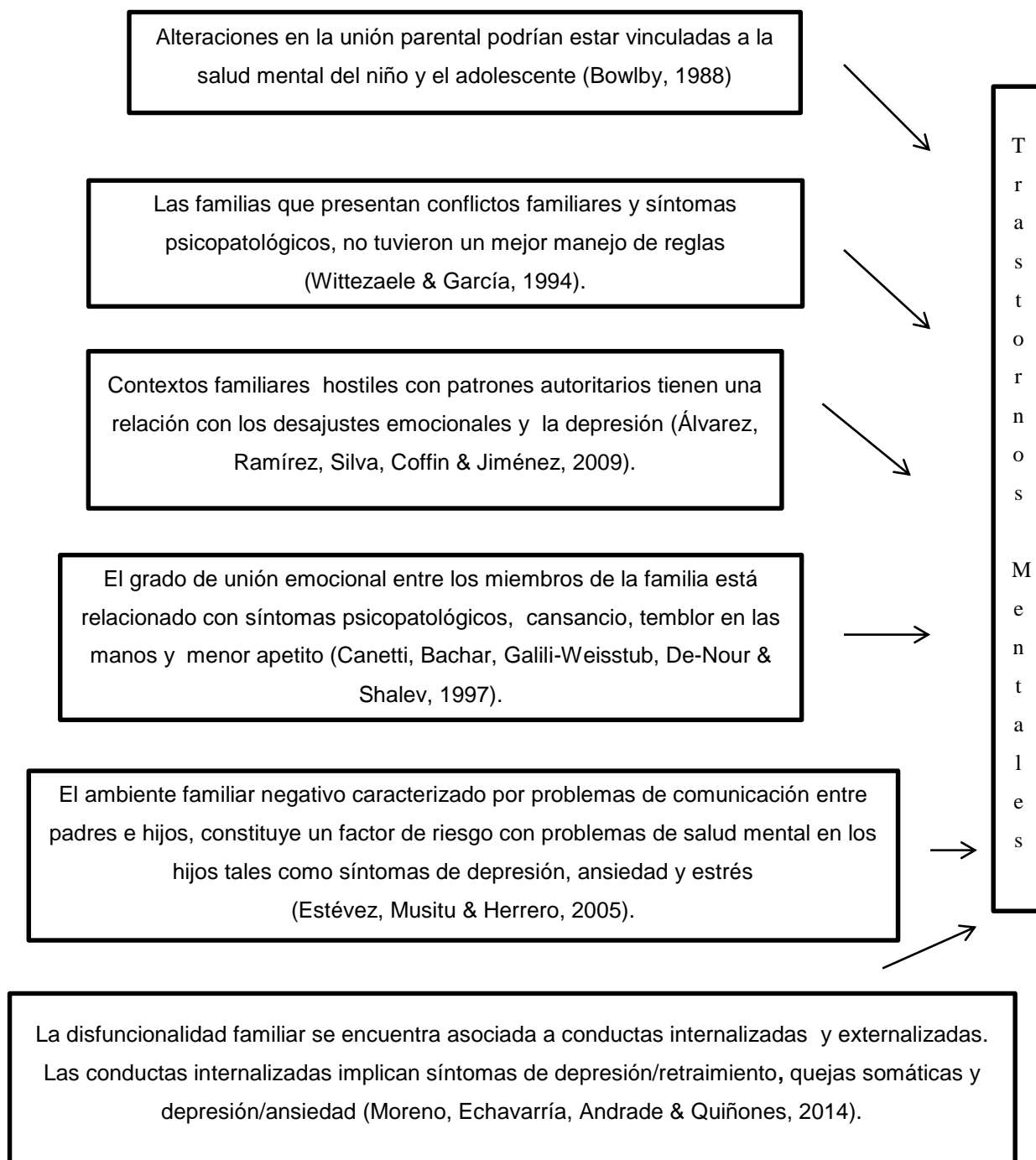




Figura 2.

Modelo teórico sobre condiciones familiares y su relación con los rasgos de hipocondría.

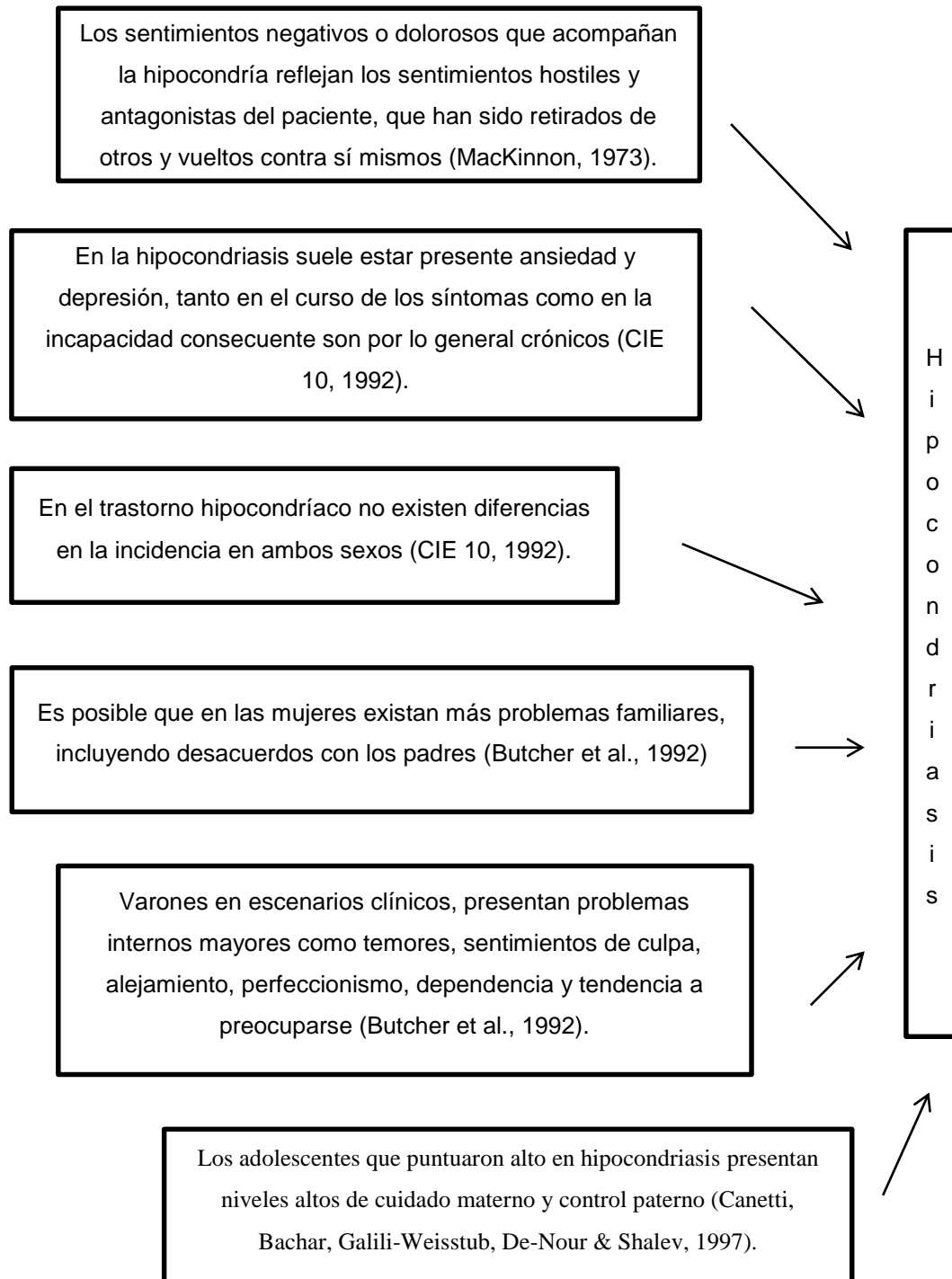


Figura 3...

Modelo teórico sobre características de la relación familiar y la depresión.

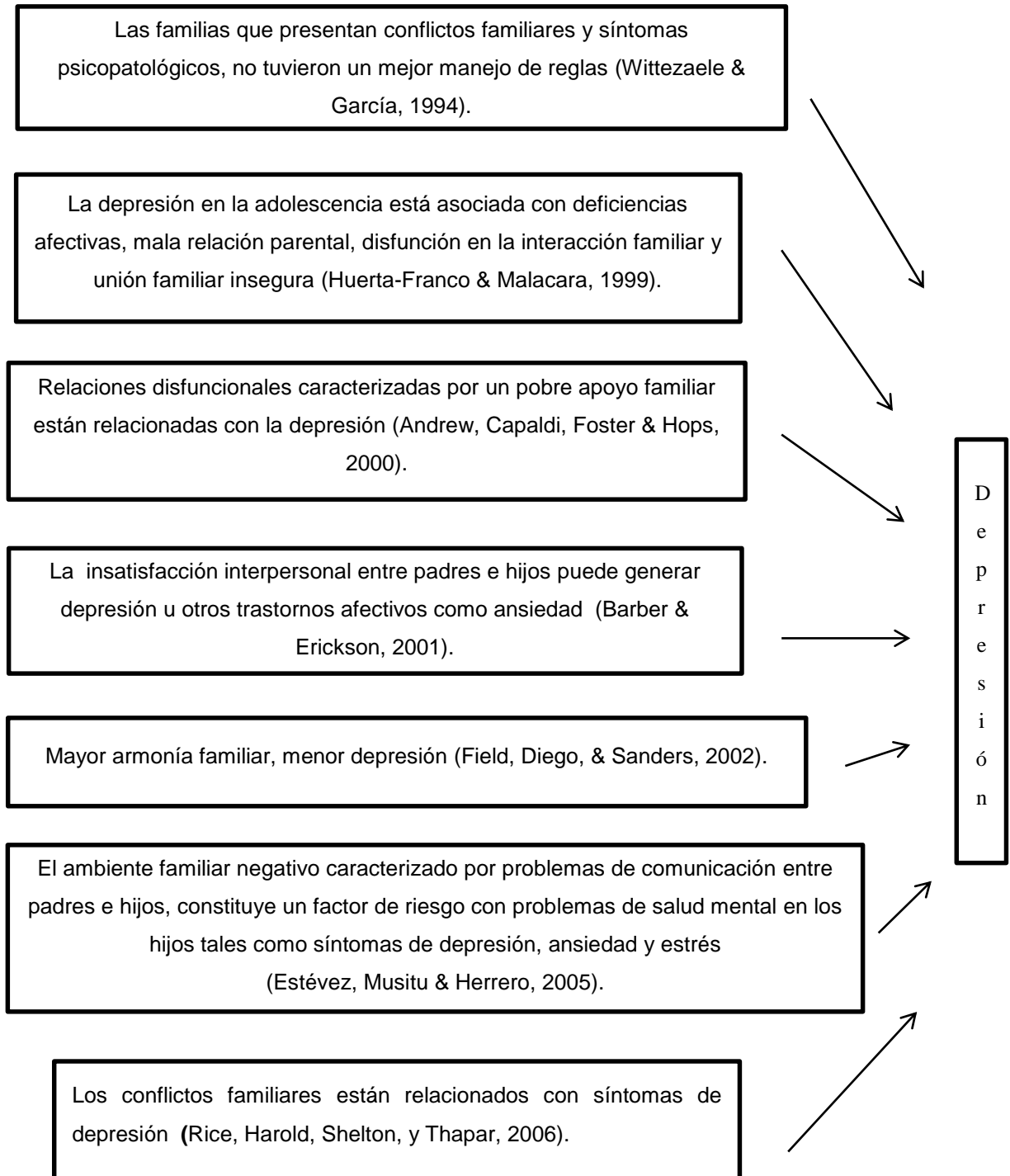


Figura 3

Modelo teórico sobre características de la relación familiar y la depresión.

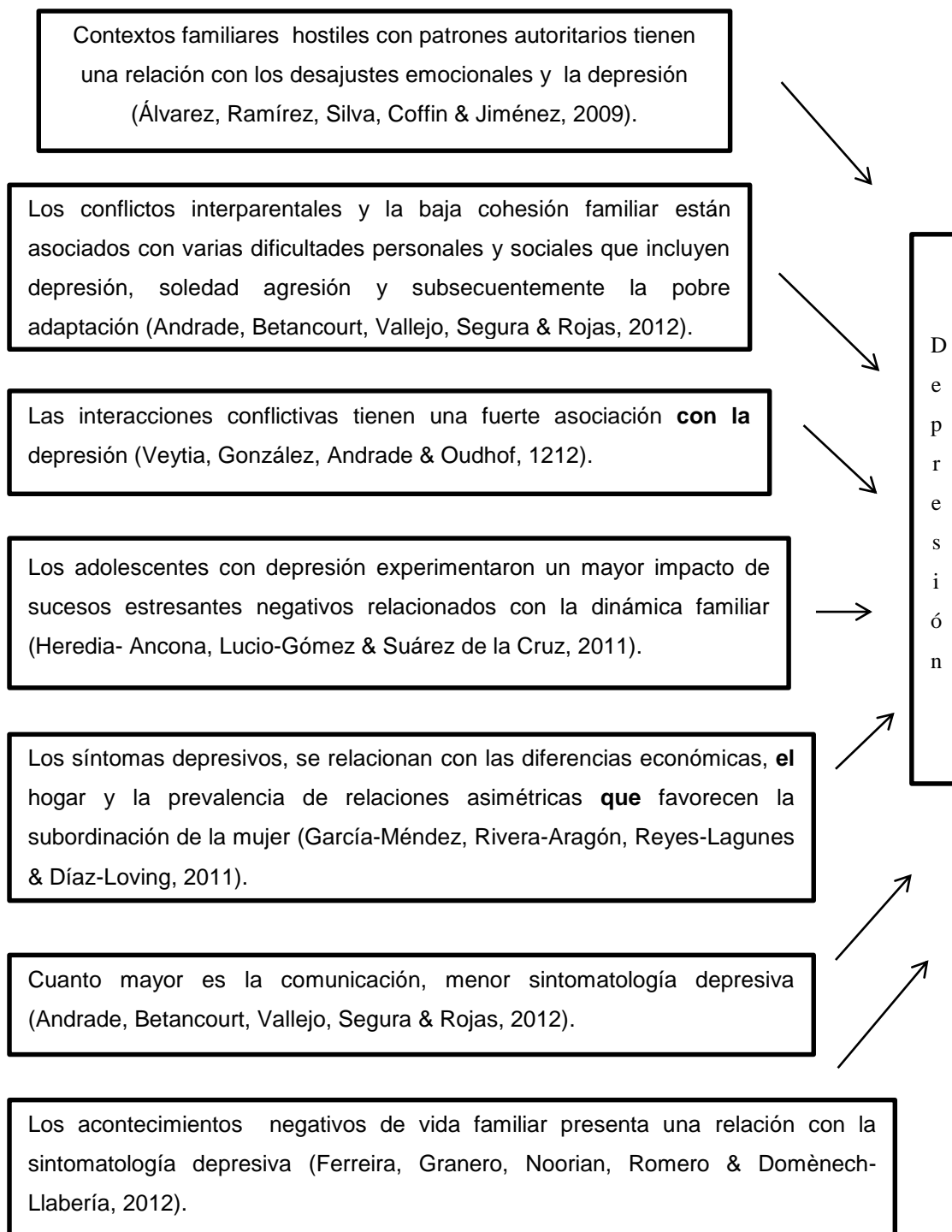


Figura 4.

Modelo teórico sobre el contexto familiar y los rasgos de histeria

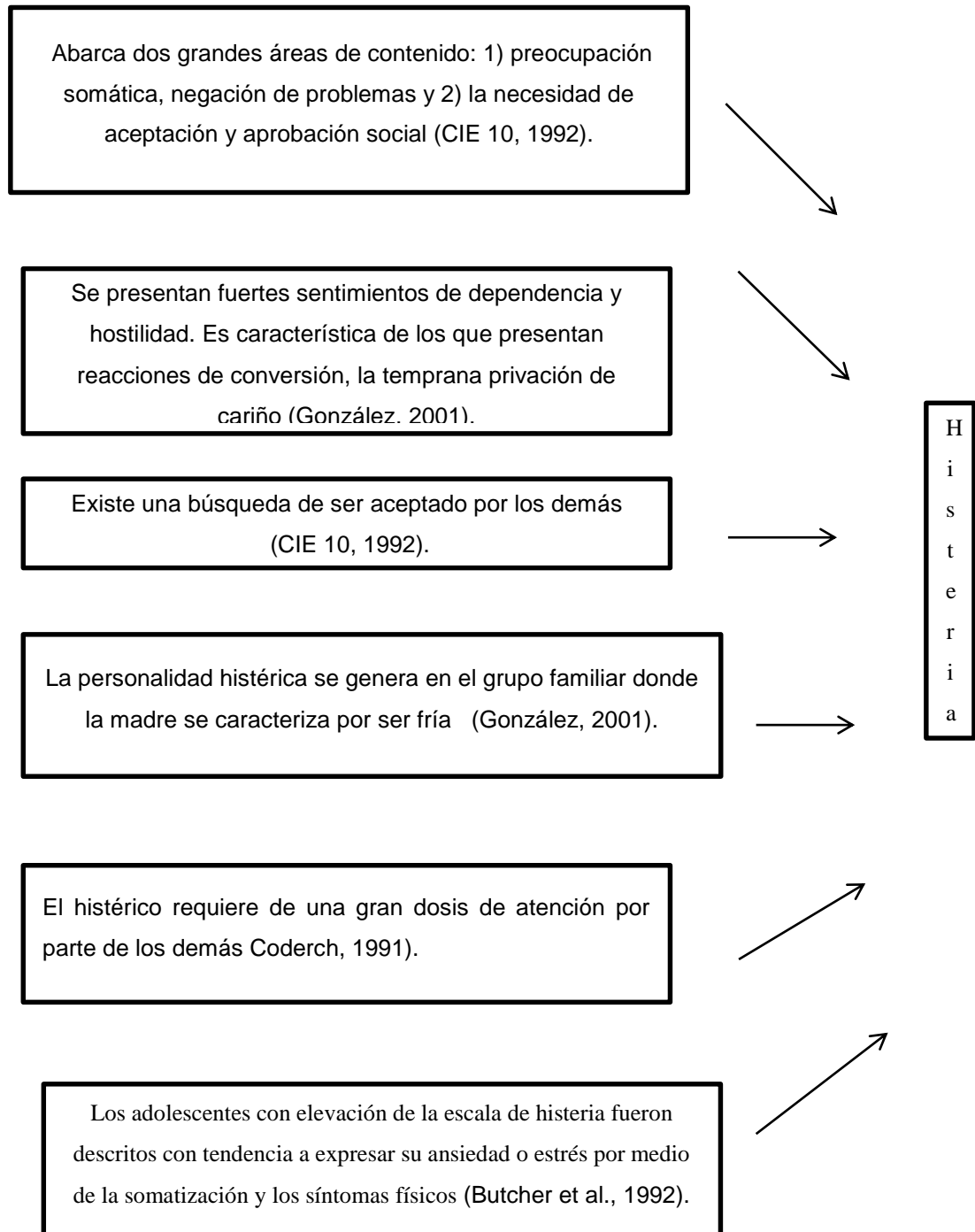


Figura 5.

Regresión múltiple con el método paso a paso en variables del ambiente familiar que predicen rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en adolescentes.

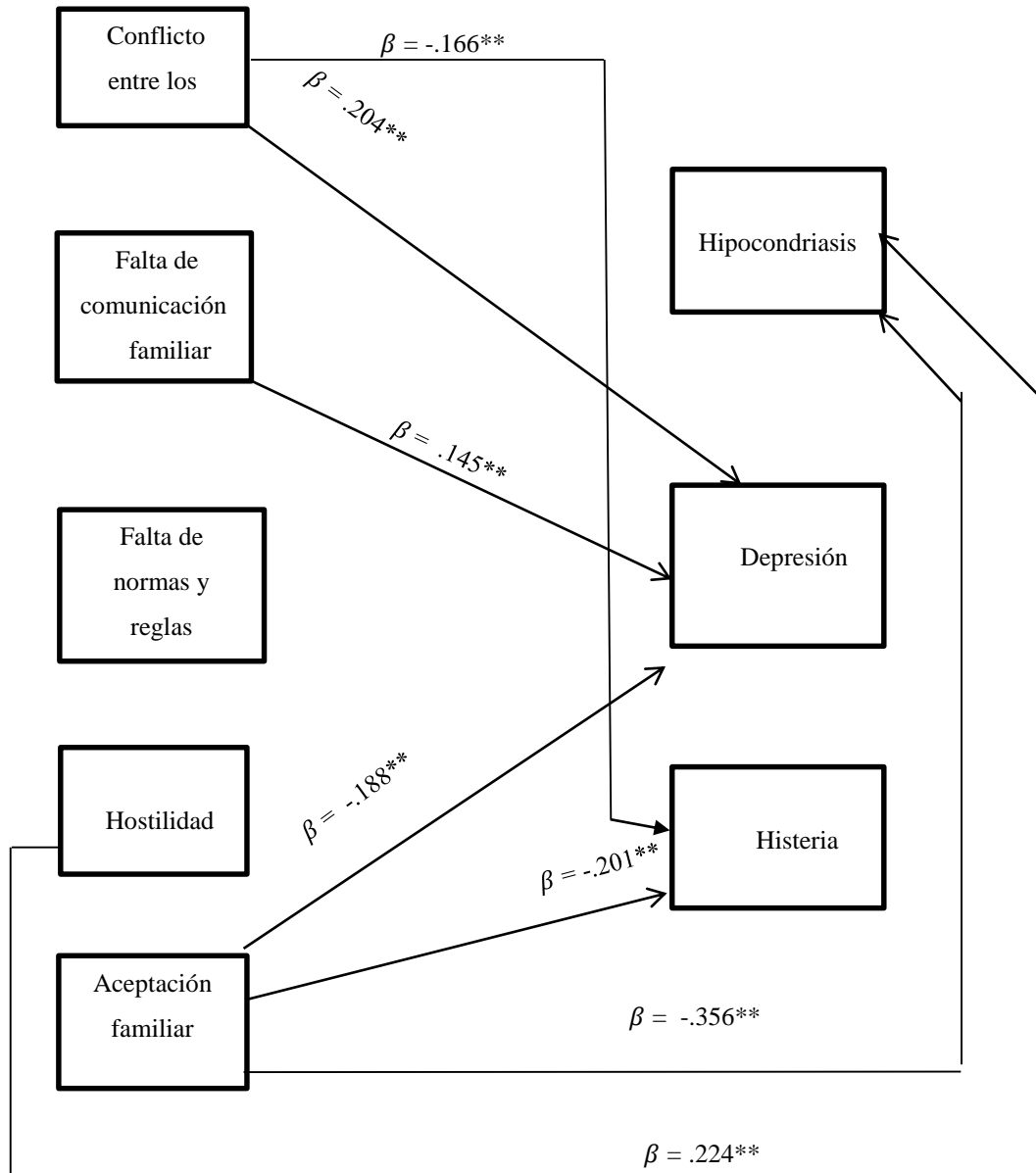


Figura 6.

Regresión múltiple con el método paso a paso en variables del ambiente familiar que predicen rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en hombres.

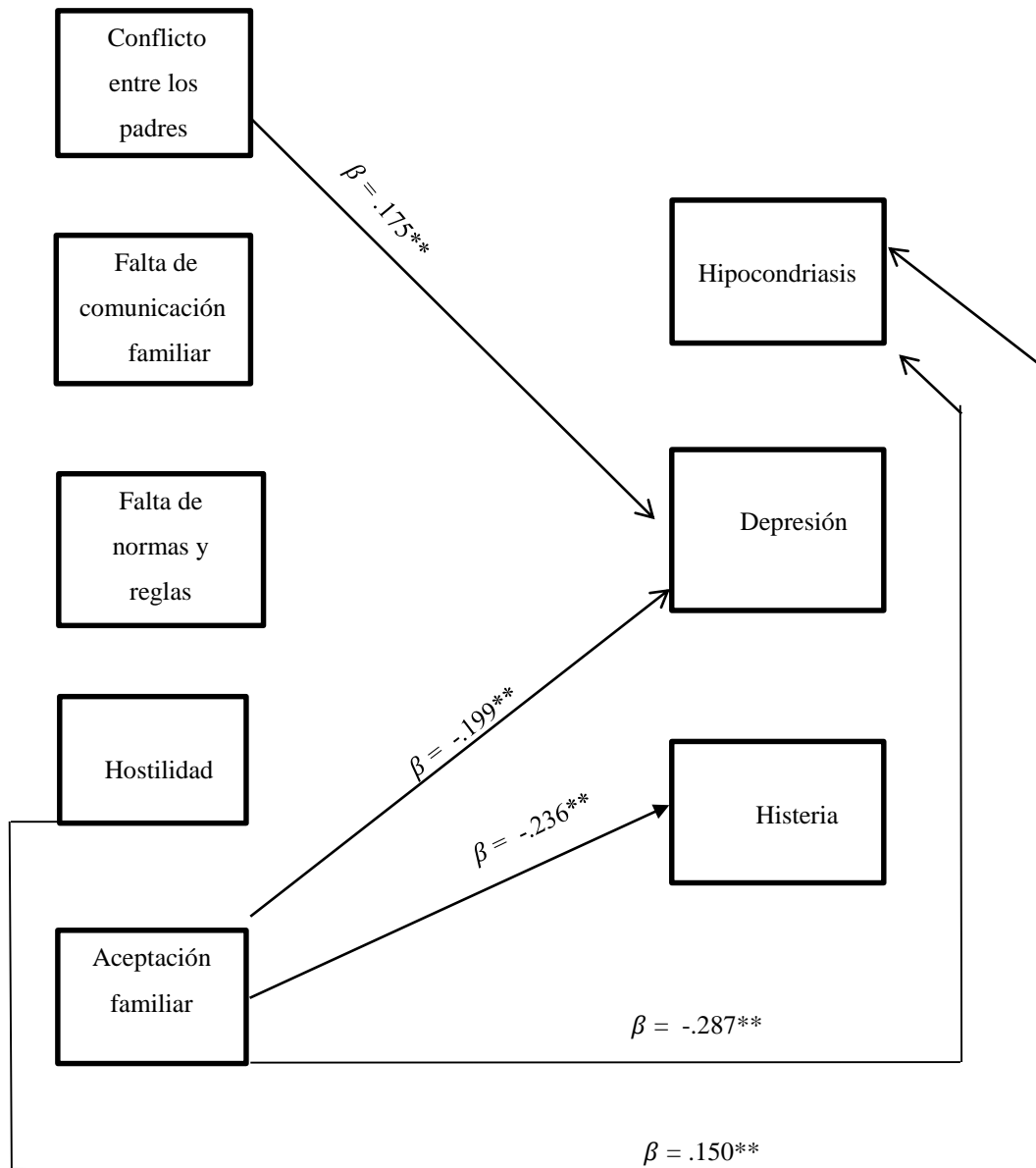
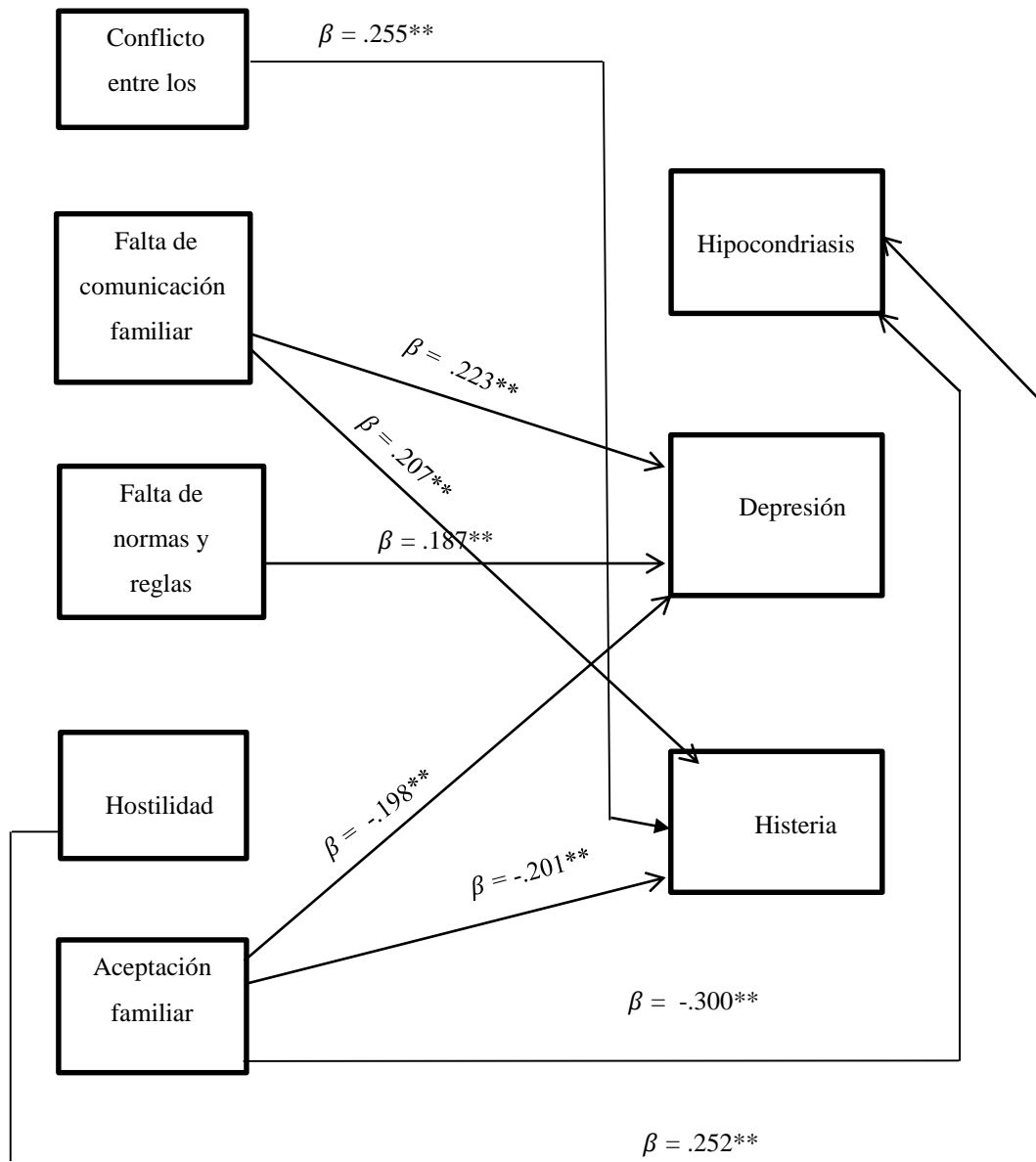


Figura 7.

Regresión múltiple con el método paso a paso en variables del ambiente familiar que predicen rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en mujeres.



## VI

### DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito identificar la relación entre el ambiente familiar del adolescente y su relación con los rasgos de personalidad neurótica evaluados con las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria, del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, MMPI-A (Butcher et al., 1992).

La investigación se realizó en dos etapas: la primera, consistió en diseñar un cuestionario que permitiera conocer la percepción que los adolescentes tienen de su ambiente familiar, lo que resultó en un cuestionario que permite evaluar el Ambiente Familiar de los Adolescentes; la segunda, consistió en identificar las variables del ambiente familiar que predicen los rasgos neuróticos de hipocondriasis, depresión e histeria en los adolescentes.

La Escala de Ambiente Familiar, quedó conformada por 25 reactivos con cuatro opciones de respuesta en formato Likert, mediante análisis factorial con método ortogonal, se obtuvieron cinco factores: conflicto entre los padres (6 reactivos), falta de comunicación (5 reactivos), falta de normas y reglas (6 reactivos), hostilidad (5 reactivos) y aceptación familiar (3 reactivos), con un Alpha de Cronbach global de .899. Los indicadores de confiabilidad de cada factor fueron superiores a 0.68 y las cargas factoriales de cada reactivo fueron mayores a 0.40 sin cargar en otro factor. El instrumento de Ambiente Familiar del Adolescente, evalúa la existencia de conflictos que tienen los padres en su relación de pareja; la falta de comunicación con la familia sobre las



actividades diarias, así como la dificultad para expresar sus emociones con la familia; la ausencia de normas y reglas, las cuales permiten organizar la vida cotidiana de la familia; la actitud hostil del adolescente entre los integrantes de la familia; así como, el grado de aceptación entre los miembros de la familia. Si bien se elaboraron reactivos positivos y negativos para el cuestionario, finalmente este estuvo integrado por cuatro factores negativos: conflicto entre los padres, falta de comunicación familiar, falta de normas y reglas, y hostilidad; y uno factor positivo denominado aceptación familiar. Lo que puede sugerir que los adolescentes tienen una percepción del ambiente familiar de connotación deteriorada. Asimismo, la aceptación familiar se caracteriza por la aceptación de los gustos personales, la percepción de que hay solución a los problemas familiares y la aceptación entre los miembros. Lo anterior hace referencia, a un entorno de conflictos, de falta de comunicación, organización y hostilidad, pero de aceptación entre sus miembros.

La escala de Ambiente Familiar para Adolescente se diseñó a partir de los hallazgos reportados en las diferentes investigaciones realizadas sobre el estudio de la familia. Ésta, puede ser utilizada como apoyo de diagnóstico o evolución del tratamiento durante el proceso de psicoterapia con el adolescente o la familia. En el ámbito educativo puede ser utilizada cuando se presume un ambiente familiar negativo, que puede limitar el desarrollo interpersonal o el desempeño de actividades escolares y para canalizar al menor y/o a los padres para su atención u orientación en las instituciones de salud mental especializadas.

En las circunstancias de desintegración familiar, cuando el padre no está presente en el hogar se reporta una mayor hostilidad, con una media más alta, en comparación con las familias en que el padre está presente; la ausencia del padre en el hogar hace que la responsabilidad, el cuidado de los hijos y en

muchas ocasiones la manutención de ellos, dependa únicamente de la madre. Aun cuando el padre está presente, el puntaje obtenido en la comparación de medias identifica en ocasiones un bajo compromiso de la figura paterna en la satisfacción de las necesidades económicas familiares. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Shek (2000); los padres comparados con las madres fueron percibidos como menos responsables. Las áreas de conflicto se relacionan con la indiferencia, lo que genera problemas de interacción que relacionados al desorden y a la irresponsabilidad propician relaciones negativas con la pareja (García- Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes & Díaz Loving, 2011).

También, el adolescente percibe una menor aceptación familiar cuando el padre no está presente, con diferencias significativas. Es decir, el padre promueve una mayor aceptación entre los miembros, un espacio de respeto y aceptación a las diferencias individuales y disminuye la hostilidad. Al respecto, los resultados obtenidos por Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992), indican que la ausencia del padre puede considerarse como un factor de riesgo, dado que la tendencia de las madres de familia de padre ausente, es a utilizar prácticas autoritarias, que pueden llegar a presentar problemas como deficiencias en el desarrollo moral e intelectual, baja autoestima, desadaptación social y desajuste emocional.

La comparación de medias en las familias donde el padre está presente y no está presente en el hogar, pudo identificar diferencias significativas en los conflictos entre los padres. Con lo cual, se confirman los hallazgos de Infanzón (1993), quien señala que el nivel de conflicto que perciben los adolescentes en su ambiente familiar es mayor en aquéllos que provienen de familias desintegradas. Así, los resultados obtenidos muestran que los conflictos son más frecuentes cuando el padre no vive en el hogar. Las

situaciones de conflicto son persistentes, la manutención y la supervisión, así como el contacto afectivo con los hijos presenta deterioro. En ocasiones llegando a expresiones de alienación parental, o la pérdida del contacto interpersonal a lo largo de toda la vida. Situación que no es exclusiva de la figura paterna.

En las dos últimas décadas, algunos de los contextos sociales se han visto caracterizados por grandes problemas de inseguridad social. Los cambios en la estructura familiar no solo están determinados por su organización interna, sino por el contexto social. Las relaciones familiares pueden estar influidas por una amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso, protector, o por uno hostil y peligroso como lo señala Ackerman (1998). Muchas de las regiones y comunidades, tanto urbanas como rurales presentan un ambiente social hostil, peligroso y amenazante para la familia, que puede quedar en condiciones de desintegración y los menores bajo la custodia de alguno de los padres o bajo la custodia del Estado. Los niños y adolescentes experimentan extrema vulnerabilidad en ambientes familiares desintegrados. Luego entonces, la desintegración familiar no es sólo un fenómeno que concierne a los miembros de la familia. La estructura familiar también responde a los cambios sociales y modifica las relaciones de afecto, apoyo, autoridad, comunicación y toma de decisiones.

La falta de normas y reglas familiares, así como la falta de comunicación no presentaron diferencias significativas, al parecer se deben a estilos relacionales establecidos culturalmente; factores que trascienden a la presencia o ausencia del padre en el hogar. Esto ocurre en una sociedad que no promueve los límites, lo cual es posible observar no sólo en los menores, sino en la población adulta. Así, la mayoría de los adolescentes vive en un espacio permisivo, con escasa o nula supervisión en muchos casos.

Así, en nuestro contexto social las condiciones económicas de las familias en su mayoría, hacen que los jóvenes se integren de manera temprana en algún tipo de actividad productiva contribuyendo al gasto familiar, o bien, para cubrir algunas necesidades personales. La muestra identificó que un 61% de adolescentes trabajan o han trabajado en algún momento de su vida. Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas entre el ambiente familiar de los adolescentes que reportaron haber trabajado y los que reportaron no haber trabajado. En contraste con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Taylor *et al.*, (1997), quienes señalan que la actividad productiva y la contribución económica de los adolescentes, pueden incrementar la cercanía con los padres, y mantener relaciones más estrechas. Sin embargo, cabe señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio, pueden estar influidos por las condiciones en que se lleva a cabo la actividad productiva en un contexto social de pobreza, en el que tiene lugar el trabajo infantil. La contribución que estos niños y adolescentes realizan se constituye como una obligación.

Los resultados en los análisis de correlación, indican que las relaciones familiares del adolescente con el factor “conflicto entre los padres” concentra las correlaciones más elevadas del cuestionario con los factores falta de normas y reglas familiares, falta de comunicación familiar, hostilidad y aceptación familiar; esta última establece una correlación negativa con todos los factores. Al parecer los conflictos entre los padres son un elemento central en el ambiente familiar de los adolescentes. La presencia de conflictos entre los padres puede influir para que en alguno de sus miembros adolescentes se presente un bajo sentido de pertenencia y una escasa capacidad para desarrollar relaciones interpersonales satisfactorias, en el ambiente familiar,

escolar y social; lo cual produce bajas expectativas de autoeficacia de tipo académico y social.

Llama la atención la correlación negativa entre la aceptación familiar y la falta de normas y reglas familiares. Es decir, cuando prevalece un ambiente de rechazo entre los miembros de la familia, no se logra un reconocimiento de límites, normas y reglas; no prevalece una disposición positiva de los adolescentes a regular su comportamiento y ajustarse en un ambiente familiar que pueda ser más organizado.

A su vez la falta de comunicación está asociada con la hostilidad y expresa la incapacidad de los miembros para comunicar sus experiencias y sus emociones. Count (1967) considera que en la mayoría de los casos la hostilidad tiende a permanecer como un factor oculto. Pero, puede manifestarse en forma de rebelión cotidiana en contra de la autoridad de los adultos, en comportamientos de ocio, uso de drogas, agresividad desplazada, conductas delictivas y destructivas, fraudes escolares, el travestismo, la militancia a favor de causas extravagantes y la trasgresión de las normas escolares, que generan ansiedad en los adolescentes

La presencia de conflictos entre los padres, la falta de comunicación, la falta de normas y la hostilidad establecen una correlación positiva. Por tanto, es posible afirmar que cuando se presentan menos conflictos entre los padres, el ambiente familiar logra establecer límites claros que permiten una relación interpersonal afectiva, respetuosa, y de colaboración entre sus miembros. Así, los adolescentes que perciben una buena convivencia entre los padres, perciben una aceptación familiar, pueden comunicar sus actividades diarias, emociones y afectos. Es importante señalar en relación al conflicto entre los padres, que de acuerdo con lo señalado por Leija, Jiménez y Macias (2015),

la negación del conflicto conyugal, por parte de uno de los progenitores, en torno al conflicto conyugal representa un elemento relacionado con mayor morbilidad psiquiátrica en los hijos.

Los resultados sobre la falta de comunicación, la hostilidad y la ausencia de normas y reglas familiares, es consistente con lo señalado por Galicia-Moyela, Sánchez-Velasco y Robles-Ojeda (2013), a mayor cohesión o apoyo entre los miembros de la familia, se percibe mayor posibilidad de expresarse abiertamente, lo cual refleja y es producto de una organización y estructuras claras en la planeación de actividades y responsabilidades familiares. Es decir, a mayor conflicto habrá menor estructura en cuanto a actividades y responsabilidades familiares; menor será la independencia e interés por actividades sociales y recreativas entre los miembros de la familia. Así, la comunicación familiar se presenta con un elemento integrador y regulador de las relaciones familiares. La comunicación contiene afecto, valores y formas de pensar, como lo señala Cusinato (1989).

El establecimiento de límites, la supervisión de los padres y el evitar la permisividad de conductas de riesgo, favorece la adaptación y disminuye la vulnerabilidad de desarrollar psicopatología. Así el control parental afecta de manera positiva la conducta de los hijos, utiliza estrategias que regulan el comportamiento del adolescente sin obstaculizar su independencia y que han sido denominadas control conductual, como se señala por Betancourt y Andrade (2011). Además, las reglas y normas familiares, brindan al adolescente la posibilidad de tener un repertorio de conductas socialmente aceptables y límites que regulan y dirigen su actuar, en pro de una mayor capacidad de ajuste social, que estructura su comportamiento y su pensamiento, no sólo durante la etapa adolescente sino también en la vida adulta.

Al comparar el ambiente familiar de los adolescentes por sexo, se identificaron diferencias significativas en los factores de conflicto entre los padres, obteniendo los hombres una menor percepción de los conflictos entre los padres, en comparación con las mujeres adolescentes. La hostilidad del adolescente y del ambiente familiar es otra de las áreas que presenta diferencias significativas entre hombres y mujeres, con una percepción más elevada de hostilidad, por parte de las mujeres adolescentes. Al parecer, los conflictos entre los padres y el ambiente hostil generado por el adolescente y los miembros de la familia, no es percibido de la misma manera entre hombres y mujeres. Esta diferencia en la percepción en los conflictos y la hostilidad puede estar relacionado con aspectos culturales de socialización diferenciada por sexo, con una mayor tolerancia y permisividad de los comportamientos y actitudes hostiles, agresivas y de conflicto. Así, la percepción de los conflictos en los hombres, marcan una tendencia a no ser reconocidos o minimizarse.

En relación con las escalas aplicadas del MMPI-A, el análisis de comparación de medias por sexo en hipocondriasis, depresión e histeria, revela que existen diferencias significativas en todas las escalas aplicadas. Los puntajes más elevados se presentan en las mujeres adolescentes, es decir presentaron mayor puntaje de rasgos de psicopatología neurótica en comparación con los hombres.

Asimismo, se realizó otro análisis sobre la distribución por sexo en relación con la normalidad de las escalas, se realizó, considerando el puntaje total que determina los niveles: por debajo de la norma, normal y por arriba de la norma. Lo que permitió identificar también diferencias significativas en la

distribución de los niveles de normalidad o anormalidad de los rasgos psicopatológicos entre hombres y mujeres.

En la escala de hipocondriasis, los rangos (por debajo de la norma, en la norma y por arriba de la norma) se mostraron diferencias significativas por sexo. Contrario a lo propuesto en el CIE 10, que sostiene que el trastorno hipocondríaco no presenta diferencias marcadas en la incidencia en ambos sexos, ni existen connotaciones familiares especiales.

Al analizar las variables asociadas a la hipocondriasis, se encuentran correlaciones negativas más elevadas en el factor de aceptación y hostilidad. La falta de aceptación, de cooperación, de alternativas y respeto a la individualidad entre los miembros, así como una percepción negativa sobre la solución a los problemas, al parecer, hacen que el adolescente centre su atención en sí mismo de manera negativa donde los síntomas de hipocondría con las alteraciones del funcionamiento corporal, constituyen un recurso ante la percepción de un ambiente familiar de rechazo. De acuerdo con la interpretación del MMPI-A, las puntuaciones elevadas pueden ocasionar que el adolescente centre su atención en sí mismo, se muestre demandante, inmaduro, derrotista, quejumbroso y egoísta. Lo que puede aumentar el riesgo, en caso de ser mujer y que el padre no viva en casa.

Asimismo, las variables del ambiente familiar que predicen los rasgos de personalidad psicopatológicos de hipocondriasis en los adolescentes son la falta de aceptación familiar y un ambiente hostil. Estos datos son consistentes con lo propuesto por MacKinnon y Michels (1973), quienes señalan que los sentimientos negativos o dolorosos que acompañan la hipocondría reflejan los sentimientos hostiles y antagonistas, que han sido retirados de otros y vueltos contra sí mismos.



El análisis por sexo de las variables del ambiente familiar que predicen la hipocondriasis son las mismas y se presentan en el mismo orden, para ambos sexos, aceptación familiar y hostilidad. Sin embargo, el valor predictivo cambia de forma significativa siendo más elevado en el caso de las mujeres. El análisis de medias por sexo, no identificó diferencias significativas en la variable aceptación. Lo que puede indicar un mayor rechazo hacia las mujeres en el ambiente familiar, una percepción de las adolescentes sobre la escasa cooperación familiar, así como una falta de respeto a su individualidad entre los miembros de la familia.

Al analizar los resultados obtenidos en la escala de depresión para identificar los rangos de normalidad y anormalidad, las mujeres adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de presentar depresión clínica que los hombres. Los resultados son consistentes con lo ya señalado por Gross (1998); Papalia y Wendkos, (1998); Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios y de la Peña, (2010); y González-González, Juárez, Solís, González-Forteza, Jiménez, Medina-Mora y Fernández-Varela (2012). También, llama la atención que solo una tercera parte se ubica en el rango de normalidad, concentrando la población de la muestra en el rango por debajo de lo normal. Lo que pudiera sugerir una escasa capacidad para ser sensible a los acontecimientos adversos, reconocer los conflictos familiares y la hostilidad del entorno familiar.

Al respecto, Heredia-Ancona, Lucio-Gómez y Suárez-de la Cruz (2011), afirman una mayor sensibilidad de las mujeres adolescentes a los sucesos vitales estresantes familiares con los síntomas de depresión, en comparación con los hombres adolescentes. Además, de que los acontecimientos de vida familiares negativos, presentan una relación significativa con la sintomatología

depresiva (Ferreira, Granero, Noorian, Romero & Domènech-Llabería, 2012). Hecho que podría estar relacionado con aspectos socioculturales donde se promueve una falta de sensibilidad emocional desde la infancia y un comportamiento agresivo como elemento defensivo y propio de la masculinidad.

Entre las variables del ambiente familiar que predicen la depresión están los conflictos entre los padres que obtuvo el mayor peso predictivo, la falta de aceptación familiar y la falta de comunicación familiar. Lo que es consistente con lo propuesto en Jonson, Lavoie y Mahoney en 2001, quienes sostienen que el conflicto interparental y la baja cohesión familiar, están asociados con varias dificultades personales y sociales. Los resultados señalan que los conflictos frecuentes entre los padres, la percepción de fragilidad en la relación de pareja entre los padres que amenaza la estabilidad familiar, como la irresponsabilidad percibida de los adolescentes por parte del padre y la percepción de sentirse poco querido por la familia, muestran una relación con los sentimientos de depresión. Los hallazgos son coincidentes con lo reportado por Galicia-Moyeda, Sánchez-Velasco y Robles-Ojeda (2013), Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Rosa-Alcázar (2014).

Cuando los jóvenes perciben un ambiente familiar negativo, en relación a los vínculos emocionales y sentimientos de cercanía entre la familia, se establece una asociación con síntomas de depresión, lo que a su vez puede reducir la aceptación social entre el grupo de pares en el ámbito escolar, su autoestima y limitar sus relaciones interpersonales.

Los resultados de la escala de Depresión, señalan que la carencia o pobreza en el establecimiento de relaciones afectivas entre los miembros de la familia y la incapacidad para expresar los afectos interviene en la depresión, aunado

a un ambiente familiar de conflicto, de tensión y rechazo. Lo cual es consistente con los resultados de Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez (2009), quienes encontraron una correlación inversamente proporcional entre la depresión y los conflictos familiares.

Los resultados obtenidos, también son consistentes con los hallazgos de Heredia-Ancona, Lucio-Gómez y Suárez-de la Cruz (2011), los sucesos negativos del área familiar son significativamente mayores en los adolescentes con depresión. La escala de depresión del MMPI-A, indican que los adolescentes con depresión experimentaron un mayor impacto de sucesos estresantes negativos relacionados con la dinámica familiar, las relaciones sociales, dificultades personales y problemas de conducta. Asimismo, la interpretación de la escala D en el MMPI-A, en el Apéndice F-7 establece correlaciones negativas en la población normalizada de las adolescentes con las calificaciones escolares y el desempeño escolar sobresaliente, y establece una correlación positiva con los problemas entre los padres.

En relación con los resultados que identifican la falta de comunicación familiar como variable que predice la depresión en los adolescentes, los hallazgos de Field, Diego y Sanders (2001), Estévez, Musito y Herrero (2005) muestran la importancia de los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, ya que están relacionados con la presencia no sólo de los síntomas depresivos, sino también con síntomas de ansiedad y estrés. Al igual, que los hallazgos de Andrade, Betancourt, Vallejo Segura, y Rojas (2012), quienes reportaron, cuanto mayor es la comunicación y autonomía percibida por el adolescente, tanto del padre como de la madre, menor sintomatología depresiva.

También, la aceptación de los padres y las críticas familiares se relacionan con depresión y problemas de conducta en los adolescentes, siendo la aceptación de los padres la de mayor peso predictivo como lo mencionan Rosa-Alcázar, Parada-Navas y Rosa-Alcázar (2014). Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012), mencionan que las situaciones negativas que se viven en la familia, como en las interacciones conflictivas, tienen una fuerte asociación con la depresión. Además, la exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales como la depresión (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

El análisis por sexo de las variables del ambiente familiar que predicen la depresión en las mujeres son la falta de normas y reglas familiares, la falta de comunicación familiar y la aceptación. Es importante señalar que las variables falta de normas y reglas familiares, y aceptación familiar no presentan diferencias significativas en el análisis de medias por sexo. Por lo que es posible afirmar, que un ambiente familiar caótico, sin límites, ni respeto entre los miembros de la familia, con falta de comunicación, ausencia de interés en las actividades diarias, emociones y afectos, el rechazo, la falta de cooperación y respeto a su individualidad, son factores que tienen una importante participación en la depresión en las mujeres adolescentes.

Mientras, en los hombres la no aceptación familiar y el conflicto entre los padres se presentan como variables que predicen la depresión con un escaso valor predictivo para la depresión. Al respecto, Londoño y González en 2016 consideran que el pobre soporte familiar reportado por los hombres tiene dos posibles explicaciones. En la primera, se aduce que el grupo familiar no cuenta con las habilidades para brindar apoyo debido a la dinámica familiar; en la segunda, se plantea que aunque es capaz de hacerlo, no lo lleva a cabo

debido a que el hombre no lo solicita para no ir en contra de los preceptos sociales. Y concluyen, que es precisamente la combinación de un ambiente familiar empobrecido y disfuncional que no provee apoyo y la tendencia masculina a evitar pedir ayuda, la que está asociada con el reporte de depresión en los hombres.

Al analizar la escala de histeria, de acuerdo con el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, 2004 (MMPI-A), la escala 3 de Histeria (Hi), identifica aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto en el área sensorial como en la motora, sin base orgánica. Se abarcan dos grandes áreas de contenido: 1) preocupaciones somáticas, negación de problemas y 2) la necesidad de aceptación y aprobación social. Al respecto, las diferencias significativas por sexo en la percepción en la convivencia entre los padres y la hostilidad, así como, los puntajes bajos de la escala de depresión pueden estar asociados al área de contenido de negación de los problemas. La escala de histeria identifica diferencias por sexo significativas entre los rangos de normalidad como en el caso de la depresión y la hipocondriasis.

Las variables del ambiente familiar que predicen los rasgos de histeria fueron la falta de aceptación familiar y los conflictos entre los padres. Así, la falta de aceptación y la presencia de conflictos entre los padres guardan relación con la interpretación clínica de los síntomas de histeria: ansiedad, conductas infantiles falta de capacidad para tolerar la frustración, fácilmente influenciables, histriónicos, caprichosos, poca capacidad de *insight*, y particularmente muestran la necesidad de ser queridos.

Por su parte, la escala de histeria con el factor dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, se ve incrementada cuando el

adolescente reporta mayores índices de integración familiar. Los estudios de Garber y Little (2001), encontraron que los adolescentes con una alta autonomía emocional pero un bajo apoyo paternal, presentaron más problemáticas de adaptación, mientras los puntajes de autonomía emocional fueron un indicador de desapego emocional. De ahí que las condiciones de dependencia y sobreprotección en el entorno familiar, obstaculizan el proceso de socialización y el desarrollo de la identidad, limitando la capacidad y la habilidad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias en el contexto social.

Los estudios han valorado los efectos de las actitudes parentales sobre la psicopatología. Estos generalmente indican que la carencia de un ambiente de aceptación y apoyo parental correlaciona con un pobre estado de bienestar; es decir, quienes percibían a su familia con un menor grado de aceptación reportaron más síntomas psicopatológicos como se señala en Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour y Shalev (1997).

El análisis por sexo de las variables del ambiente familiar que predicen los rasgos de histeria en los hombres presenta como única variable la aceptación. Es decir, la no aceptación familiar con un escaso peso predictivo. En las mujeres, predicen los rasgos de histeria los conflictos entre los padres y la falta de comunicación con un peso predictivo significativo en comparación con los varones.

Después de realizar el presente estudio, es posible afirmar que el ambiente negativo, integrado por los conflictos entre los padres, la falta de comunicación familiar, la ausencia o escasa presencia de normas y reglas familiares, la hostilidad percibida y la falta de aceptación familiar mantienen relación con los rasgos neuróticos de psicopatología en los adolescentes.

En general, entre las variables del ambiente familiar que predicen los rasgos neuróticos se encuentra la falta de aceptación familiar, la hostilidad y los conflictos entre los padres, dimensiones del área afectiva, que presentan un importante nivel predictivo en la psicopatología de los adolescentes y que podrían pensarse como condiciones centrales y comunes para ambos sexos.

La falta o escasa presencia de normas y reglas, así como la falta de comunicación, se presentan como estrategias que favorecen la convivencia entre los miembros de la familia. Sin embargo, no se encuentran presentes como variables que predicen los rasgos de neuroticidad en los varones. Mientras, en las mujeres tienen un gran valor predictivo para la depresión. Lo que es consistente con lo reportado al analizar las diferencias de género y la cultura como factores asociados con los síntomas depresivos. Lo cual se afirma, está asociado a las diferencias económicas, el hogar y la prevalencia de relaciones asimétricas que favorecen la subordinación de la mujer; y las mujeres a diferencia de los hombres presentan un mayor número de síntomas somáticos (García-Méndez, Rivera, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2011) como se muestra en el análisis por sexo de la distribución de rangos de normalidad en la escala de hipocondriasis, depresión e histeria. Por lo que es posible afirmar, condiciones de falta de equidad en las normas y reglas que los padres establecen a sus hijas. Así como, un escaso interés de los padres en promover la comunicación con sus hijas sobre sus actividades, estados emocionales y afectos, generándose alteraciones emocionales susceptibles de desarrollar algún trastorno mental, y la cronicidad de los mismos debido al inicio temprano de la sintomatología.

Por lo contrario, las familias donde la vida se desarrolla en un ambiente en el que se experimenta cercanía, aceptación con expresiones afectivas, donde se

da solución a los conflictos que se presentan, tiene comunicación, se organizan en el quehacer de la vida cotidiana, establecen límites mediante una actitud respetuosa hacia cada uno de los miembros, con una adecuada supervisión por parte de los padres hacia los hijos, sin crear una dependencia en el menoscabo de su autonomía y autoestima, tendrá menor probabilidad de presentar alteraciones psicopatológicas, la importancia de vivir y disfrutar la vida con responsabilidad y gratificación afectiva desde la niñez; esto, como ya se ha señalado, puede ser un factor de protección en las condiciones sociales adversas de nuestro tiempo.

Las medidas destinadas a la identificación e intervención de los grupos vulnerables, así como la detección de trastornos mentales en la población infantil y adolescente, son acciones inseparables para promover la salud y el bienestar, mediante programas dirigidos a los jóvenes, padres y educadores en instituciones educativas, servicios de salud y la participación de los medios de comunicación masiva.

La familia enfrenta dificultades relacionados con la educación, la formación familiar, la vivienda y la economía en general. Son múltiples los factores, tanto internos como externos; que actúan en la dinámica familiar. Los factores macrosociales interactúan con los factores internos de la dinámica familiar, transformando las condiciones sociales y culturales de la convivencia familiar.

Es razonable valorar el apoyo social como una estrategia de prevención en los trastornos mentales, tanto en los síntomas internalizados como en los externalizados. El escaso conocimiento de los padres y los educadores sobre los trastornos mentales, hace que estos se vivan como expresiones naturales de estilos de respuesta (no deseables); en estas condiciones los niños y los adolescentes, no puedan recibir la atención especializada de los profesionales



de la salud mental. A esta situación, se agregan las dimensiones dramáticas de los problemas psicosociales que actualmente presenta el país para los jóvenes: el crecimiento de la pobreza, el abandono escolar, el embarazo temprano, las infecciones de transmisión sexual como es el virus del Papiloma Humano y el SIDA; el consumo de sustancias, la delincuencia y la criminalidad. De ahí, la necesidad de desarrollar proyectos interinstitucionales que puedan promover estrategias de intervención en apoyo social.

La psicopatología, como todo proceso psicológico, y el ambiente familiar como fenómeno social son fenómenos multidimensionales, que establecen múltiples interacciones y muestran la complejidad de los procesos psicosociales. El presente estudio considera ser una pequeña aportación para contribuir en la comprensión en la percepción que los adolescentes tienen de algunos aspectos de la vida familiar. Asimismo, fue posible identificar aspectos de la relación del ambiente familiar de los adolescentes con la presencia de algunos de los rasgos psicopatológicos. Sin embargo, queda mucho por investigar y surgen inquietudes por desarrollar, a fin de optimizar el desarrollo saludable de los adolescentes y la vida familiar, y con ello promover nuevos estilos de vida social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2003) *La adolescencia normal*. México: Paidós.
- Abernathy, T., Webster, G. & Vermeulen, M. (2002). Relación entre pobreza y salud entre los adolescentes. *Adolescence*, 37(145), 55-67.
- Ackerman, N. (1998). *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós
- Allen, J., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, *developmental psychology*
- Almonte, C., Insunza, C., & Ruiz, C. (2002). Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 40(1), 22-30.
- Álvarez, M.; Ramírez, B.; Silva, A.; Coffin, N., & Jiménez M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.
- Ames, L. (1966). Changes in Rorschach response throughout the human life span. *Genetic Psychology Monographs*, 74, 89-125.
- Ampudia, A. (1998). *Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Andrade, P. (1998). *El ambiente familiar del adolescente* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Camacho, V. (2003). Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 19, 55-64.

- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B., & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Andrews, J., Capaldi, D., Foster, S., & Hops, H. (2000). Adolescent and family predictors of physical aggression, communication, and satisfaction in young adult couples: a prospective analysis. *Journal Consult Clin Psychol*, 68(2), 195-208.
- Archer, R., & Gordon, R (1988). MMPI and Rorschach índices of schizophrenic and depressive diagnoses among adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 52, 276-287.
- Atri, R., (1993). Confiabilidad y validez del cuestionario de "Evaluación del Funcionamiento Familiar", (EFF). *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1), 49-55.
- Bachar, E., Canetti, L., Bonne, O., Kaplan, A., & Shalev, A. (1997). Physical punishment and signs of mental distress in normal adolescents. *Adolescence*. 32 (128), 945-958.
- Bailey, S. (2003). Young offenders and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(5), 495-65.
- Baldwin, A., Kalhorn, J., & Breese, F. (1949). The appraisal of parent behavior. *Psychological Monographs*, 63(4), 229.
- Bandura, A. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza
- Banfield, S., & McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Journal of Adolescence*, 37(146), 373-393.

- Barber, B., Olsen, J., & Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65(4), 1120-1136.
- Barber, B., & Erickson, L. (2001). Adolescent social initiative: Antecedents in the ecology of social connections. *Journal of Adolescent Research*, 16, 326-354.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescents. *Terepia Psicológica*, 24, 55-61.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social Aspectos teóricos y prácticos*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Beest, M., & Baerveldt, C. (1999). The relationship between adolescents' social support from parents and from peers. *Adolescence*, 34 (133), 193-201.mri
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología* (Vol. II). México: McGraw-Hill.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión como inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Berryman, J. (1994) *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno
- Betancourt, D., & Andrade, P. (2011) Control parental y problemas emocionales y de conducta en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 27-41.

- Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., & Volling, B. (1991). Patterns of marital change and parent-child interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 487-498.
- Black, K. (2000). Gender differences in adolescents' behavior during conflict resolution tasks with best friends. *Adolescence*, 35 (139), 499.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. México: Grupo Editorial Planeta
- Bosque-Garza, J. (2006) Conducta suicida y adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(4), 221-222.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss*. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós
- Buss, A., & Plomin, R. (1975). *Temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y., & Kaermmmer, B. (1992). MMPI-A (Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes): Manual Para la administración, puntaje e interpretación. Minneapolis: Universidad de Minnesota. Adaptación al español (Lucio, 2004), México, Manual Moderno.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 2, 225-229. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Canetti, L., Bachar, E., Galili-Weisstub, E., De-Nour , AK., & Shalev, A. (1997). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, 32(126), 381-394.
- Cantoral, D., & Betancourt, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8(19), 59-66.

- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
- Caparrós, N. (1981). *Crisis de la familia: Revolución del vivir*. España: Fundamentos.
- Caraveo, A., Ramos, L., & González, F. (1986). Diferencias en la Sintomatología Psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general. *Salud Mental*, 9(2), 85-90.
- Caraveo, J. Colmenares, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Salud Pública de México*, 44(6), 492-498.
- Cárdenas, E., Feria, M. Vázquez, J., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Cashwell, C., & Vacc, N. (1996). Familial influences on adolescent delinquent behavior. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 4, 217-225.
- Castellano, V., & Dembo, M. (1981). The relationship of father absence and antisocial behavior to social agocentrism in adolescent Mexican American females. *Journal of Youth and Adolescence*, 10(1), 77-84.
- Cattell, R. (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study*. New York: McGraw-Hill.
- Cattell, R., & Coan, R. (1957). Personality factors in middle childhood as revealed in parents' ratings. *Child Development*, 28, 439-458.
- Cattell, R. (1992). *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Cattell, R. (1992). Human motivation objectively, experimentally analysed. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01703.x>

- CEPAL (2013). *Panorama Social de América Latina 2013*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. ONU: LC/G.2580
- Cervera, S., & Quintanilla, M. (1995). *Anorexia Nerviosa*. Panplona: EUNSA.
- Cervone, D. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- CIE 10 (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento* (Rev. ed. 10ª). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Madrid.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría Dinámica*, España: Herder.
- Coles, C.J., Greene, AF., & Braithwaite, HO. (2002). The relationship between personality, anger expression, and perceived family control among incarcerated male juveniles. *Adolescence*, 37(146), 395-409.
- Cooper, D. (1985). *La muerte de la familia*. Barcelona: Ariel.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). *NEO-PI-R Professional Manual*. Florida: PAR
- Count, J. (1967). The conflict factor in adolescent growth. *Adolescence*, 2, 167-181.
- Crawford-Brown, C. (1999). The impact of parenting on conduct disorder in Jamaican male adolescents. *Adolescence*, 34(134), 417-436.
- Cruz, A. (1994). *Programa de prevención primaria con adolescentes de alto riesgo de adicción al alcohol, tabaco e inhalación* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cusinato, M. (1989). *Psicología de las Relaciones Familiares*. México: Mc Graw Hill.
- DSM IV (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Rev. ed. 4ª). Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Washington, DC.
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. Barcelona: Herder.

- Durán, S., Bray, J., Rivera, S., Reyes, I., & Selicoff, H. (2012). La autoridad personal en el sistema familiar: Adaptación y Validación a la población mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(2), 665-686.
- Epstein, N., Baldwin, L., & Bishop, D. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Erikson, E. (1963). *La juventud en el mundo moderno*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud, crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (2012). *Sociedad y Adolescencia*. México: Siglo XXI
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(4), 470-481.
- Essau, C., Conradt, J., & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 67-81.
- Estévez, E. Musitu, G., & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Evans, I., Wilson, N., Nick, J., Hansson, G., & Hungerford, R. (1997). Positive and negative behaviours of independent, adolescent youth participating in a community support programme. *New Zealand Journal of Psychology*. 26(1), 29-35.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- Eysenck, H., Wakefield, A., & Friedman, A. (1983). Diagnosis and clinical assessment: The DSM-III *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., & Domènech-Llabería, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-136.



- Field, T., Diego, M., & Sanders, Ch. (2001). Adolescents' parent peer relationships. *Adolescence*, 37(145), 121-130.
- Fincham, F., Grych, J., & Osborne, L. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.
- Florenzano, R. (2000). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Forehand, R., Biggar, H., & Kotchick, B. (1998). Cumulative Risk Across family Stressors: Short-and Long-Term Effects for Adolescents. *Journal of Abnormal Child psychology*, 26(2), 119-128.bb.
- Freud, A. (1997). *Normalidad y patología en la niñez*. México: Paidós
- Freud, S. (1986). *Obras completas*. España: Amorrortu editores.
- Fromm, E. (1994). *La patología de la normalidad*. México: Paidós.
- Furstenberg, F. (2003). *Cambio Familiar estadounidense en el último tercio del siglo XX, Nuevas Formas de Familia*. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Recuperado de [http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro\\_familia.pdf](http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf)
- Galicia-Moyeda, I., Sánchez-Velasco, A., & Robles-Ojeda, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 29(2), 491-500.
- Garber, J., & Little, S. (2001). Emotional Autonomy and Adolescent Adjustment. *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 355-371.
- García-Méndez, M. (2007). *La infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar: correlatos y predicciones*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

- García-Méndez, M Rivera-Aragón, S. Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2011). El enfrentamiento y el conflicto: Factores que intervienen en la depresión. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 415-427.
- Gómez-Bustamante, E., & Cogollo, Z. (2010). Factores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Salud Pública*. 12(1), 61-70.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno
- González, S. (2016). Crece pobreza e indigencia en México y Venezuela: CEPAL. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/201505/29/mexico-y-venezuela-unicos-paises-de-la-pobreza-indigencia-cepal-1747.html>
- González-González, A. Juárez, F., Solís, C., González- Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora & Fernández-Varela (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*. 35(1), 51-55.
- González-Forteza, C., Salgado de Snyder, V., & Andrade, P. (1993). Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. *Salud Mental*, 16 (3), 16-21.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de la depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- Gracia, E. Lila, M., & García, F. (2008). V Congreso Internacional de Psicología Educativa. Asturias: Universidad de Oviedo.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-329.

- Gross, R. (1998). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Grotevant, H., & Cooper, C. (1985). Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Family Development and Child*, 56(2), 415-428.
- Gutiérrez, G. (1997). *El adolescente y la relación interparental en conflicto* (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Heredia-Ancona, M., Lucio-Gómez, E., & Suárez-de la Cruz, L (2011) Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57.
- Hetherington, E (1972). Effects of father absence on personality development in adolescent daughters. *Developmental Psychology*, 7(3). 313-326.
- Hoffman, L. (1963). Parental discipline and the child's consideration for others. *Child Development*, 34, 573-588.
- Hoffman, L. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. España: Mc Graw Hill.
- Horrocks, J. (1993). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Huber, Ch. (1991). *Terapia Familiar Racional-Emotiva, Perspectiva Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Huerta-Franco, R., & Malacara, J. (1999). Factors associated with the sexual experiences of underprivileged mexican adolescents. *Adolescence*, 34(134), 389-401.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.

- Ibarra-Alcantar, C., Ortíz-Guzmán, J., Alvarado-Cruz, F., Graciano-Morales, H., & Jiménez-Genchi, A. (2010) Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(5) 317-324.
- INEGI, (2000). XII Censo General de Población y Vivienda 2000. . Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2000/>
- INEGI, (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/2010/>
- INEGI, (2008). *Módulo de Trabajo Infantil*, *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, ENOE. (2007). México. Recuperado de <http://www.bete.inegi.org.mx> > fd\_mti\_2015
- Infanzón, M. (1993). *La percepción de la integración social del adolescente: su estructura y ambiente familiar*. (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Inmaculada, G. (1988). *Un modelo de incapacidad aprendida para adolescentes mexicanos*. (Tesis doctoral). Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jenkins, J., & Zunguze, S. (1998). The relationship of family structure to adolescent drug use, peer affiliation, and perception of peer acceptance of drug use. *Adolescence* 33(132), 811–822.
- Jonson, D; LaVoie, J., & Mahoney, M. (2001). Interparental conflict and family cohesión. Predictors of loneliness, social anxiety, and social avoidance in late adolescence. *Journal of adolescent Research*, 16(3), 304-318.
- Joplin, J., Nelson, D., & Quick, J. (1999). Attachment behavior and sex-typing pressure in child-parent interaction. *Archives of Sexual Behavior*, 20(6), 783-796.
- Kendall, P., & Norton-Ford, J. (1988). *Psicología Clínica*. México: Limusa.

- Keskin, G., & Cam, O. (2010). Adolescent's strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 17, 433-441.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age- of- onset distributions of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Last, C., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.
- Leija, M., Jiménez, I., & Macías, L. (2015). Funcionamiento conyugal en padres de familia que llevan a sus hijos a una evaluación psiquiátrica. *Salud Mental*, 38(3), 209-2015.
- Leñero O. L. (1994). *Las familias en la ciudad de México*. México: Ed. DIF, UNICEF.
- Levy, K. (2001). The relationship between adolescent attitudes towards authority, self-concept, and delinquency. *Adolescence*, 36(142), 333-346.
- Londoño, C., & González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>
- Loreto, M., Zubarew, T., Valenzuela, M., & Salas, F. (2012). Evaluación del programa "Familias Fuertes: amor y límites" en familias con adolescentes de 10 a 14 años. *Revista Médica de Chile*, 140, 726-731.
- Lucio, E., Ampudia, A., & Durán, C. (2004). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de Minnesota Adolescentes (MMPI-A) versión en español*. México: Manual Moderno.
- Mackey, K., Arnold, M., & Pratt, M. (2001). Adolescent's stories of decision making in more and less authoritative families: representing the voices of parents in narrative. *Journal of adolescent Research*, 16(3), 243-268.

- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Psychology*, 3(5), 551-558.
- Martínez, A., & Muñoz, A. (2010). "Un infinito que no acaba". Modelos explicativos de la depresión y el malestar entre los adolescentes barceloneses, (España). Primera parte. *Salud Mental*, 33(3), 145-152.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M.E., & Campillo, C. (2013). *Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general*. Recuperado de: [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=F8tY5U4AAAAJ&citation\\_for\\_view=F8tY5U4AAAAJ.u5HHmVD\\_uO8C](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=F8tY5U4AAAAJ&citation_for_view=F8tY5U4AAAAJ.u5HHmVD_uO8C)
- Masi, G., Marcheschi, M., & Pfaner, P. (1998). Adolescents with borderline intellectual functioning: Psychopathological risk. *Adolescence*, 33(130), 415-424.
- McKinnon, R., & Michels, R. (1973). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana-McGraw Hill.
- McKinney, J., Fitzgerald, H., & Strommen, E. (1982). *Psicología del desarrollo edad adolescente*. México: Manual Moderno.
- McLewin, L., & Muller, R. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among Young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171-191.
- Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhén*, 17(1), 59-64.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes*. España. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/SaludMental\\_I-J.pdf](http://www.aepcp.net/arc/SaludMental_I-J.pdf)
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. Rosman, B., & Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic.

- Miotto, P; De Coppi, M; Frezza, M; Petretto, D; Masala, C., & Preti, A. (2003). Eating disorders and aggressiveness among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 183-189.
- Montiel, M. & Rivera, S. (1996). Validación del inventario de funcionamiento familiar. *La Psicología Social en México*, 6.
- Moos, R. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morales, F., Reboloso, E., Fernández, M., Huici, C., Marques, J., Páez, D. Pérez, A., & Turner, C. (1996). *Psicología Social*. España: McGraw-Hill.
- Moreno, J., Echavarría, K., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). Funcionamiento familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la Ciudad de Bogotá. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(2), 37-46.
- Murray, C., & López, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2002: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Murray, H. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Nava, C. (2002). *Redes de interacción social en la familia mexicana: La búsqueda de un modelo* (Tesis doctoral). Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Navarro-Loli, J., Moscoso, M., & Calderón-de la Cruz, G. (2017). La investigación de la depresión en el Perú: una revisión sistemática. *Laberabit*, 23(1), 57-74.
- Oliva, A., Parra, A., & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Oliva, D. A. (2012). Desarrollo cerebral y asunción de riesgo durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 477-486.

- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología: Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Pabón, E. (1998). Hispanic adolescent delinquency and the family: A discusión of sociocultural influences. *Adolescence*, 33(132), 941-955.
- Padilla, P. (1985). Detección de Trastornos mentales en el Primer Nivel de Atención Médica. *Salud mental*, 8(3), 66-71.
- Palacios, J. & Andrade, P. (2006). Escala de estilos parentales en adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 21(1), 50-62.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1998). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
- Páramo, Ma. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Parra, A., & Oliva, A. (2002) Comunicación y conflictos familiares durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18(2), 215-231.
- Patterson, C. (1982). *Orientación Autodirectiva y Psicoterapia, Teoría y Práctica*. México: Trillas.
- Piaget, J. (1995). *Seis estudios de psicología*. Madrid, España: Labor
- Pickering, Ll., & Vazsonyi, A. (2002). The impact of adolescent employment on family relationships. *Journal of adolescent Research*. 17(2), 196-218.
- Pintado-Machado, Y., Jiménez, Y., Padilla, M., Guerra, J., & Antelo, M. (2010). Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general. *Norte de Salud Mental*, 8(37), 89-100.
- Polce-Lynch, M., Myers, B., Barbara J.; Kliewer, W., & Kilmartin, C. (2001). Adolescent self-esteem and gender: exploring relations to sexual harassment, body image, media influence, and emotional expression. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(2), 225-244.  
Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010397809136>



- Reyes, J. (24 de septiembre de 2014) México, líder en embarazos adolescentes de la OCDE *El Economista*. 1.
- Rice F, Harold G., Shelton, K., & Thapar, A. (2006). Family Conflict Interacts With Genetic Liability in Predicting Childhood and Adolescent Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 45(7), 841-848.
- Rico, H., Magis, C., Guerrero, G., Gómez, M., Ruiz, C., Vargas, O., & Silva, J. (1998). La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental*, 21(4), 12-18.
- Rivera, O. (1991). *Interpretación del MMPI en Psicología clínica, laboral y educativa*. México: Manual Moderno
- Rivera, M., & Andrade, P. (2010). Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares (E.R.I.). *Revista de Psicología*, 14, 12-29.
- Rosa-Alcázar, A., Parada-Navas, J., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anuario de psicología*, 30(1) ,133-142. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100014&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282014000100014&script=sci_arttext)
- Rosebaum, P. (1989). Optimal matching in observational studies. *Journal of the American Statistical Association*, 84, 1024 – 1032.
- Ruiz, S. (2014). *Necesidades infantiles y adolescentes en familias homoparentales. Un análisis desde la perspectiva de los padres y madres*. (Tesis doctoral Universidad Autónoma de Madrid).
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sánchez-Sosa, J., & Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México: *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-33.

- Santor, C., & Youniss, J. (2002). The relationship between positive parental involvement and identity achievement during adolescence. *Adolescence*, 37(146), 221-234.
- Sanz, J., Pont, M., Álvarez, C., González, H., Jociles, I., Konvalinka, N., & Pichardo, J. (2013). Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social. *Revista de Treball Social*, (198), 30-40.
- Sass, H., & Jünemann, K. (2003). Affective disorders and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 34-40. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.108.s418.8.x/abstract>
- Satir, V. (1991). *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*. México: Pax
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax
- Sauceda-García, J., Lara-Muñoz, M.C., & Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autoridigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Medigraphic Artemisa*, 63, 223-231.
- Saucedo-Molina, T. (1996). Factores de crianza e interacción familiar, predictores de trastornos alimenticios (Tesis de maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schmidt, V. (2010). Las bases biológicas del neuroticismo y la extraversión ¿Por qué nos comportamos como lo hacemos? *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 20-25.
- Schwartz, S., Mullis, R., Waterman, A., & Dunham, R. (2000). Ego identity status, identity, and personal expressiveness: an empirical investigation of three convergent constructs. *Journal of Adolescent Research*, 15, 504-521.
- Serrano, R., Pérez, J., Mendoza, F., Ávila, X., & Revilla, M. (2001). *La organización habitable*. México: Fecha Publicidad.

- Shek, D. (2000). Differences between fathers and mothers in the treatment of and relationship with, their teenage children: Perceptions of Chinese adolescents. *Adolescence*, 35(137), 135-146.
- Shek, D., & Keung Ma, H. (2001). Parent-adolescent conflict and adolescent antisocial and prosocial behavior: a longitudinal study a Chinese context. *Adolescence*, 36(143), 445-455.
- Silber, T., Munist, M., Madaleno, M., & Suárez (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Serie PALTEX (20).
- Skinner, H., Steinhauer, P., & Santa-Barbara, J. (1983). *The Family Assessment Measure - III Manul*. Toronto Canada: Multi Health Systems.
- Slade, P. (1994). What is body image? *Behavior Research and Therapy*, 32(5), 497-502.
- Soares, L., & Díaz, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Psychology*, 7(1), 177-195.
- Spruijt, E., & de Goede, M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. *Adolescence*, 32(128), 897-911.
- Steinhausen, H., & Winkler, C. (2001). Risk, Compensatory, Vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 30(3), 259-280.
- Strage, A. (1998). Family context variables and the development of self-regulation in college students. *Adolescence*, 33(129), 17-31.
- Sullivan, E. (1989). *El desarrollo infantil*. México: Paidós
- Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

- Taylor, S., Field, T., Yando, R., Gonzales, K., Harding, J., Lasko, D., Mueller, C., & Bendell, D. (1997). Adolescents' perceptions of family responsibility-taking. *Adolescence*, 32(128), 969-976.
- UNICEF (2008). *Resultados del módulo de trabajo infantil 2007*. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de [http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion\\_6928.htm](http://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6928.htm)
- Urberg, K., Degirmencioglu, S., Tolson, J., & Halliday-Scher, K. (2000). Adolescent social crowds: Measurement and relationship to friendships. *Journal of adolescent Research*, 15(4), 427-445.
- Vanina, S. (2010). Bases biológicas del neuroticismo y la extroversión ¿Por qué nos comportamos como lo hacemos? *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(1), 20-25.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes el papel de sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.
- Villatoro, J., Andrade, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Reyes, I., & Rivera, E. (1997). La relación padre-hijo: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20(2), 21-27.
- Vygotsky, L. S. (1981). The genesis of higher mental functions. J. V. Wersch (Ed. and Trans.), *The concept of activity in soviet psychology*. Armonk: M. E. Sharpe.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J., (2012) Enfocando la depresión como problema de salud en México. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.
- Wittezaele, J., & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

WHO (2005). World Psychiatric Association. Presidential Global Programme on Child and Adolescent Mental Health, International association for Child and Adolescent Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse. (2005) *Atlas: child and adolescent mental health resources, global concern: implications for the future*, Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43307>

Zweig, J., Duberstien, L., & McGinley, K. (2001). Adolescent health risk profiles: The Co-occurrence of health risks among females and males. *Journal of Youth and Adolescence*. 30(6), 707-7228.