



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**GRUPO DE REFLEXIÓN SOBRE LA
AUTOESTIMA PARA ADOLESCENTES**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
NASHELLI LOURDES ANAYA ROJAS
MARÍA ESTHER TREJO OVIEDO**

**DIRECTORA: LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA
ASESOR: DR. JAIME WINKLER PYTOWSKI**



MÉXICO, D. F.

MAYO 2002

**TESIS CON
FALLA DE OR.GEN**



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 la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por ser espacios que permitieron nuestra formación y desarrollo como profesionales y seres humanos.

A la Dra. Bertha Blum Grinberg y a la Mtra. Eva Ma. Esparza Meza por haber creado el "Proyecto de profesionalización y optimización de la enseñanza del psicólogo clínico" y brindar nuevas y diferentes alternativas de aprender la clínica.

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en especial a la Clínica de la Adolescencia, por abrirnos sus puertas y haber enriquecido nuestros conocimientos, a través de la práctica, así como por haber permitido la realización de esta investigación.

A los adolescentes, sin cuya presencia no hubiéramos podido acercarnos a esta compleja, pero fascinante etapa.

A la directora de Tesis Mtra. Eva Ma. Esparza Meza, al revisor Dr. Jaime Winkler Pytowski y a los sinodales: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo., Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez y Mtro. Celso Serra Padilla por sus comentarios y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

A la Mtra. Isabel Martínez Torres por sus palabras de aliento y motivación.

A la Psic. Mónica Galindo Tagle, por su apoyo incondicional, su tiempo, su supervisión y su calidad humana.

Y de manera muy especial al Dr. Juan Alberto Litmanovich K, por acompañarnos y soportar nuestro arduo caminar con los adolescentes. Por sus atinados señalamientos, que más que respuestas han sido una invitación continua a reflexionar.

DEDICATORIAS

Gracias a DIOS, por la vida y la oportunidad de encontrarme precisamente en éste camino y momento, por brindarme la calma y fuerza que necesito.

A ti papá por tu apoyo, tu tiempo, tu paciencia, esas caminatas y disposición a estar ahí, que aunque en silencio no resulta necesario digas nada, pues día a día me demuestras tu cariño.

Mami, no existen palabras que puedan transmitir todo mi agradecimiento y amor. Gracias por el incontable tiempo y trabajo que haz empeñado en mí; gracias por soportar todas esas etapas de la vida que nos han tocado experimentar juntas; gracias por dejarme crecer y por amarme.

A Ale y a Neto, gracias por acompañarme y ayudarme a crecer al poder aprender de ustedes entre las alegrías y sinsabores del diario convivir.

A Erick y mi tía Auro, que a lo mejor sin planearlo son parte importante de mí, gracias por su atención, preocupación, tiempo y disposición a escucharme y ayudarme SIEMPRE (lo haya o no necesitado).

A Liz, Carmen y Denise ¿qué les puedo decir por haberse cruzado en mi camino, por acompañarme en este proceso de crecer, por todas sus palabras y silencios durante nuestras depres y manías?. No puedo más que decir gracias queridas cochis!!. Gracias por ser esas hermanas que yo elegí.

A Cynthia, Miriam y Alejandro, gracias por permanecer a mi lado, por concederme su amistad y continúan haciéndolo.

A Esther y Miguel, por ser capaces de tolerar y aceptar las diversidades, las que al mezclarse suelen dar resultados inimaginables. Gracias por ser y mostrarme mi diferencia.

A Irma y mi grupo, por ayudarme a entender ¿por qué autoestima? Gracias por haberse prestado y brindarme ese espacio donde lo real e imaginario se entretujan.

Finalmente, a Nashelli, gracias por tu disposición a este trabajo, a esta convivencia que no sólo me demostró que eres excelente como psicóloga, sino también como ser humano. Gracias porque a lo largo de esta tarea me permitiste entrar en tu mundo, en tu sentir; gracias por los muchos momentos que más que trabajar me escuchaste. Lo dicho, superamos las estadísticas, pues al final de esta aventura sé que salí ganando, no sólo en el trabajo sino también en la amistad. Definitivamente fue un placer el haber trabajado juntas.

Esther.

A Dios, por su infinito amor, por darme la fortaleza para soportar los holocaustos de la vida y la capacidad para disfrutar de los bellos momentos, gracias por llenarme de bendiciones.

A mi mamá, por su valentía, por amarme tanto y por enseñarme a vivir, gracias por creer en mí.

A Juan Cervera, por enseñarme el valor del estudio e inyectarme el interés por los conocimientos, pero, sobre todo, por haber sido el mejor padre del mundo.

A mi abue por enseñarme lo fuertes que pueden ser la voluntad y el amor, así como a Tali y a Lore por ofrecermé la calidez y afecto que sólo las buenas hermanas pueden dar.

A mis tíos y primos, por estar al pendiente de mí, por sus oraciones y su cariño, gracias por haberme regalado una familia maravillosa.

A mis amigos por su presencia y cariño;

A Elsa, mi amiga de toda la vida, a quien me une un lazo mucho más fuerte que el de la sangre, gracias por reír y llorar conmigo, por resistir los avatares de nuestra amistad y seguir de pie,

A Sergio por ser en mi vida una luz tibia y cálida que me ha ayudado a seguir adelante en los momentos de oscuridad, por matizar mi vida con su buen humor y su admirable filosofía de ver la vida, gracias por tu infinita paciencia,

A Estela que, aunque lejos físicamente, siempre he sentido su afecto y su apoyo incondicional, gracias por dejarme ver a esa niña que llevas dentro y que tantas veces me ha hecho sentir mejor,

A Juan Luis por su bohemia, su cariño y por ser un amigo leal y constante en quien puedo confiar ciegamente, gracias por caminar a mi lado, aunque no siempre te pueda ver,

A Milton por compartir conmigo el entusiasmo del voleibol y por ser un gran amigo que pase lo que pase está a mi lado, gracias por tus palabras de aliento

A mis amigas de la Facultad; Fátí, Caro y Gris por los grandes momentos que vivimos juntas, gracias por haberme permitido formar parte de sus vidas,

A Carlos, por enseñarme que la amistad es algo que debe alimentarse siempre y por esa gran sensibilidad que te caracteriza: "el superhéroe eres tú".

A mis amigos de la secundaria: Omar, Maya, Cuate, Vianey, Nancy, Ana y Laura, gracias por el reencuentro con cada uno de ustedes y con mi propia adolescencia.

A mi terapeuta Griselda y a mis compañeras de terapia: Yael, Marce y Miriam por soportar mis resistencias y ayudarme a crecer y a fortalecerme internamente.

A Tete por enseñarme que sí es posible trabajar en equipo, por ser una buena compañera de trabajo y una excelente amiga, por mostrarme la magia del "escribir juntas", he aprendido mucho junto a ti. Gracias por acompañarme y ayudarme a cerrar este círculo tan importante de mi vida, gracias por compartir este caminar y haberlo llenado de gratos momentos. Espero de corazón que nuestros pasos no se desencuentren.

*A Roberto por hilvanar con amor cada momento que pasamos juntos, porque en ti he hallado tolerancia y comprensión, porque siempre me has hablado y escuchado con atención, y mirándome de frente, gracias por estar.
P. D. ¡Ah! Y gracias por tu sonrisa.*

A todos los quiero mucho y les dedico esta tesis, con todo mi amor.

Nashielli.

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPÍTULO I *Autoestima*

1.1 Definiciones de autoestima	1
1.2 Formación de la autoestima	7
1.3 Autoestima alta y autoestima baja	16
1.4 Comorbilidad asociada a la autoestima	21
1.4.1 Autoestima y depresión	22
1.4.2 Autoestima y manía	25
1.4.3 Autoestima y algunas neurosis	28
1.4.4 Autoestima y los trastornos disociales	33
1.4.5 Autoestima y esquizofrenia	37

CAPÍTULO II *Adolescencia*

2.1 Teoría de la adolescencia	42
2.2 Aspectos fisiológicos de la adolescencia	47
2.3 Aspectos intelectuales de la adolescencia	52
2.4 Aspectos psicológicos de la adolescencia	57
2.5 Aspectos psicosociales de la adolescencia	67

CAPÍTULO III *Los grupos terapéuticos en las instituciones*

3.1 Definiciones de grupo e institución	74
3.2 Terapias de grupo	79
3.3 Procesos grupales	84
3.4 Grupo de reflexión	93

CAPITULO IV *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)*

4.1 Antecedentes	102
4.2 Escalas	103

CAPÍTULO V *Método*

5.1 Planteamiento del problema	111
5.1.1 Preguntas de investigación	111
5.1.2 Objetivos	112
5.2 Hipótesis	113
5.3 Variables	113
5.4 Definiciones conceptuales	113
5.5 Definiciones operacionales	114
5.6 Muestra	115
5.6.1 Muestreo	115
5.6.2 Criterios de inclusión	115
5.6.3 Criterios de exclusión	116
5.7 Tipo de investigación	116
5.8 Diseño de investigación	117
5.9 Instrumento o técnica	118
5.10 Escenario	118
5.11 Procedimiento	119
5.12 Análisis de datos	124

CAPÍTULO VI *Resultados*

6.1 Descripción de las características iniciales de la muestra	125
6.1.1 Datos generales de la muestra	126
6.1.2 Datos del pretest del MMPI-A	136
6.2 Descripción de las características finales de la muestra	142

6.3 Análisis cualitativo del grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes	151
6.3.1 Análisis del proceso reflexión-elaboración	151
6.3.2 Análisis de los aspectos técnicos del grupo de reflexión	158

CAPÍTULO VII *Discusión y Conclusiones*

7.1 Discusiones y conclusiones	161
7.2 Limitaciones y sugerencias	169

Referencias Bibliográficas

Anexos

RESUMEN

La presente investigación se elaboró para determinar si nuestra propuesta del grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes, incrementaría este factor. Se trabajó con una población psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro") de la que se extrajo una muestra no probabilística (N=14), por cuota e intencional, tanto del sexo femenino como del masculino y cuya edad osciló entre los 12 y los 15 años.

Se utilizó el diseño de un sólo grupo, aplicándose un pretest y un postest del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), validado y estandarizado, para la población mexicana, por la Dra. Emilia Lucio (1998).

Entre los principales resultados se encontró que, después del grupo de reflexión, el promedio de la escala de contenido denominada baja autoestima-adolescentes (BAE-A) del MMPI-A se redujo 5 puntos en el postest, lo que indica que los adolescentes de la muestra, entre otras cosas, mejoraron sus opiniones acerca de sí mismos. Se halló además, que la autoestima está estrechamente relacionada con otros factores como el enojo, la esquizofrenia y la depresión y que, luego de la intervención, éstos también se modificaron en mayor o menor medida.

INTRODUCCIÓN

En la cotidianeidad, al concepto autoestima no suele dársele la importancia debida, ya que se deja de lado que ésta puede matizar, de diferentes maneras y grados, el comportamiento del ser humano. Estamos tan acostumbrados a escucharlo que no nos preocupamos por investigar todas las implicaciones que tiene y el significado que cada persona le da. Esto ocurre también dentro del campo de la psicología, debido a que aún no se le considera como un factor potencial en el curso y desarrollo de los trastornos psicopatológicos, pues sólo se le trata de manera indirecta. De aquí nuestra inquietud, ya que consideramos que no se debe pasar por alto este componente de la personalidad, pues tiene el poder de alterar las actitudes del hombre tanto las dirigidas hacia los demás como las orientadas hacia sí mismo.

Si bien, el término autoestima ha sido descrito por varios autores de manera distinta, se puede encontrar una similitud en todas estas definiciones y es el hecho de que todas mencionan que es el resultado de la satisfacción o inconformidad que se tiene como persona. La autoestima es considerada una dimensión de nuestra personalidad, el cimiento y uno de los puntos alrededor de los cuales gira el desarrollo humano. Refleja el juicio tácito que cada uno hace acerca de sus potencialidades, actos, valores y conductas para enfrentar, comprender y superar los retos de su existencia (Coopersmith, citado en Colunga, 1997).

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" observamos que, en una gran parte de los pacientes jóvenes que acuden, se presenta una baja autoestima. Uno de los factores a los que dicho fenómeno se puede atribuir, es que los pacientes llegan con

dificultades para entender, aceptar y expresar sus sentimientos, así como con problemas para reconocer su cuerpo, tomar decisiones y relacionarse; se viven poco suficientes por lo que no se consideran dignos de respeto y amor. A través de la interacción con estos pacientes vimos que este patrón se repite generación tras generación, por lo que consideramos importante una intervención que apunte a incrementar la autoestimación del sujeto.

El tipo de intervención que nosotras proponemos es un grupo de reflexión; éste busca que, a través de la palabra, los adolescentes aprehendan su realidad, con lo que se espera una mayor congruencia entre sus acciones, pensamientos y afectos, una comunicación más adecuada con quienes se relacionan, sin que esto implique la pérdida de su independencia y el respeto por sí mismos y los demás, y la posibilidad de aceptar la amistad, el amor y la felicidad como algo auténtico.

Por medio del grupo de reflexión, se busca que los participantes sean capaces de identificar sus sentimientos, capacidades y limitaciones, que tengan la posibilidad de expresarlos de manera abierta y adecuada y que logren la unificación del núcleo de su sí mismo. Así pues, resulta importante llevar a cabo una intervención enfocada a incrementar la autoestima en los adolescentes, porque es en ésta etapa donde se debe establecer una identidad propia, además de que representa una nueva oportunidad para reelaborar y cerrar puntos pendientes en la personalidad.

Cabe mencionar que el poseer un adecuado nivel de autoestima no implica que el sujeto se vuelva intalible ni que ya no se le presenten dificultades, dolor o fracaso, sino que pueda mirarse

desde otra óptica; al contar con la capacidad de reconocer y corregir los errores, y al considerar los fracasos como oportunidades para aprender y no como una confirmación de que se es ineficaz o poco valioso.

CAPÍTULO I

AUTOESTIMA

"El narcisismo de cada uno experimenta dulces victorias y amargas heridas. Victorias sobre los demás, tratados como objetos de mis deseos, heridas que tantos otros narcisismos, sin querer (y a veces queriendo), infligen al mío por su misma existencia".
(Anzieu, 1998: 82)

1.1 Definiciones de autoestima

Las autoras de la presente tesis, al buscar antecedentes sobre el surgimiento de la palabra autoestima, encontramos a Steim (1995) quien llevó a cabo de manera exhaustiva un rastreo del término, hallando que éste es tan antiguo como la humanidad, pues todo mundo posee una palabra para nombrarla. En Francia se habla de <<amor a sí mismo>> *amour-propre*; en Italia, Portugal y Brasil *amor propio* o *buena opinión de sí mismo*; *al-jtibar al-dhati*, en árabe; *haaracha atzmit*, en hebreo; y *zelsbt gloibn*, en yiddish. En ruso se dice *samouvazhenie*; en swahili es *kujistahi*; en hindi, *swavhimani*. El chino combina el pictograma que designa al yo (pronunciado zi) con el que representa la estima o respeto (pronunciado zu). El Oxford English Dictionary define la autoestima (self-esteem) como una apreciación u opinión favorable de sí mismo. Entre sus sinónimos figuran <<confianza en sí mismo>> (self-reliance), <<sentido en la propia importancia>> (self-consequence), <<aplomo>> (poise), <<seguridad>> (confidence), <<serenidad>> (assurance), <<orgullo>> (pride) o <<autosuficiencia>> (self-sufficiency).

Agustine Baker (1657, citado en Steim, 1995) pensaba que la <<estima, el criterio y la voluntad personal>> eran las tres condiciones para la independencia, esta noción tenía algunos siglos de uso en latín, y sus raíces en el Occidente se encuentran de menos en la antigua Grecia. Platón hablaba de el <<amor racional a sí mismo>> considerándolo fundamental para el progreso, pues sólo éste <<obliga a un hombre a preocuparse por su condición futura>> (p: 45). Aristóteles igualaba la <<autosatisfacción>> con la felicidad. En la edad de Oro Griega la oikeiosis se entendía como el origen de lo positivo y a partir de este centro, se propagaban los diferentes núcleos de amor: el amor a sí mismo, a los hijos, a la familia y a la humanidad.

Como se ha podido observar, la palabra autoestima se vincula con una gama de términos, de los que resulta difícil separarla, como son: autoafirmación, autoconsideración, autoaceptación, autovaloración o autoconcepto. Siendo este último con el que se suele equiparar la mayor parte de las veces. Sin embargo, algunos autores como Alcantar (1988) y Solis (1996) establecen diferencias entre ambos conceptos, sosteniendo que el autoconcepto está constituido por las actitudes y la concepción que tenemos de nosotros mismos, mientras que la autoestima es la expresión de actitudes de aprobación en relación a la capacidad, progreso y valor del sí mismo. Fitts (1965, citado en Solis, 1996) amplía la definición de autoestima declarando que ésta se compone por el Yo físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica.

James (1989), en cuyo libro "Principios de Psicología" dice que la autoestima es aquello que sentimos en relación a nosotros mismos y

que depende completamente de lo que pretendemos ser o hacer, formula que la autoestima está determinada por la proporción entre la realidad y las supuestas habilidades con las que se cuentan, fracción en la que el denominador son las pretensiones y el numerador el éxito obtenido, entonces:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{Éxito}}{\text{Pretensiones}}$$

La autoestima se puede acrecentar si las pretensiones disminuyen o si el éxito aumenta, en el caso contrario decrecerá.

Entre los antecedentes históricos del término, hallamos a Freud (1925 [1924]) quien al estar ofreciendo una serie de conferencias en los Estados Unidos de Norteamérica, tiene un encuentro, que califica de imborrable, con William James, declarando que durante este viaje su sentimiento de sí mismo, "*Selbstgefiihl*; también autoestima" (p: 48) se vio beneficiado. En su artículo "Introducción al narcisismo" Freud (1914) explica que el sentimiento de sí mismo es una manifestación del "grandor del Yo", en otras palabras, que el sentimiento de sí mismo es el residuo confirmado de la omnipotencia, dependiendo de la libido narcisista.

Continuando, en un orden cronológico, luego de la Segunda Guerra Mundial y siguiendo la Psicología del Yo, Coopersmith es uno de los primeros estudiosos de la autoestima definiéndola como una "abstracción" que la persona realiza y desarrolla sobre sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue. Tal abstracción está representada por el símbolo que Coopersmith llama "mi", que consiste en la "idea que la persona posee sobre si mismo" (Solis, 1996: 158) y que se forma a través de la experiencia.

Steim (1995) sigue de cerca el trabajo efectuado por el "Equipo Operativo para la Promoción de la Autoestima y la Responsabilidad Personal y Social", que surge en Palo Alto, California, bajo la aprobación del Parlamento del Estado. En la editorial de un periódico el Diputado John Vasconcellos decía que la autoestima "actúa como una vacuna social" (p: 38) contra cualquier conducta destructiva para sí mismo y los demás.

La definición oficial de autoestima con la que el Equipo Operativo trabajó fue: "Apreciar mi propia valía e importancia y tener la fuerza de carácter necesaria para responder de mis actos y actuar responsablemente en mi relación con otras personas" (p: 38).

En el trabajo del Equipo Operativo se advierten tres fases. En la primera, se realizaron estudios especializados y la organización de debates públicos en todo el Estado, con el fin de indagar si la autoestima era un factor determinante en los siguientes rubros: crimen y violencia, abuso del alcohol, consumo de drogas, embarazo de adolescentes, violencia intrafamiliar, dependencia crónica de la asistencia pública y fracaso escolar.

La opinión pública recibió con gran interés la iniciativa del Equipo Operativo. Los resultados obtenidos demostraron que una baja autoestima era un factor "causal primario" en cada uno de las siete problemáticas antes mencionadas.

La segunda fase estuvo dirigida a la aplicación de programas, obteniendo logros importantes en escuelas, cárceles, centros de tratamiento contra la drogadicción, refugios para mujeres maltratadas y en todos los ambientes dedicados a la atención de los problemas

propuestos. El Equipo Operativo elaboró un reporte que daba cuenta de los hallazgos y, en el último ciclo del Equipo, se hicieron sugerencias a los programas y medios de intervención que sirvieran como un modelo para su introducción en otros lugares. Logrando alcanzar muchos éxitos, entre los que destacan los siguientes: en un distrito escolar, que comenzó a actuar para mejorar la autoestima del profesorado, la proporción de maestros que dijeron tener proyectos de abandonar su puesto disminuyó de un 45% a un 5% en un año; en una secundaria, que abordó el tema de la relación entre la baja autoestima y los embarazos adolescentes no deseados, éstos se redujeron de 147 a 20 en tres años; y en un distrito Hispano se registró un decremento en un 75% de los problemas de conducta escolar, luego de trabajar con la autoestima de los alumnos.

En esta misma línea, Branden (1993) hace referencia a la definición que Bernard, Gawain y Peterson dan de autoestima, quienes dicen que es un sentido afectivo constante de la valía personal fundado en la autopercepción.

Branden, tras haber realizado una profunda revisión bibliográfica, conceptualiza la autoestima como la experiencia de tenerse confianza y de ser capaz de afrontar los desafíos de la vida, además de sentirse merecedor de la felicidad y disfrutar de los triunfos conseguidos. La autoestima constituye una experiencia interna, privada e íntima y que reside en el centro de nuestro ser, es lo que la persona siente y piensa sobre sí misma, nunca lo que otros sienten en relación a ella (Branden, 1999). No obstante, aunque la autoestima no depende totalmente de juicios externos, puede verse afectada por las interpretaciones que el individuo hace sobre las actitudes que tienen ante él quienes le rodean y le son significativos.

De acuerdo con Reidl y López (1985, citados en Moreno, 1994) "la autoestima es la consecuencia de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas, adquiridas a través de las relaciones interpersonales que reflejan de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, por lo que el sujeto mismo presenta una actitud valorativa" (p: 10).

Cooley (1902, citado en Bonnavé, 1994) habla sobre la importancia del sí mismo, el cual -dice- es determinado por el entorno social y "reflejante", menciona al "sí mismo espejo" que se refiere a la imagen que se tiene de la propia apariencia y ante el cual se produce un sentimiento.

Bonnavé (1994) también cita a Curtis quien declara que la autoestima es la suma de los recuerdos intelectuales y sensitivos socialmente revisados, haciendo alusión al concepto que el individuo tiene de sí mismo.

Fenichel (1997) propone que la autoestima es el medio que el sujeto usa para responsabilizarse de la distancia que lo aleja de la omnipotencia primitiva.

La actitud valorativa hacia sí mismo se obtiene por medio del buen funcionamiento de las creencias acerca de sí mismo (autoconcepto); de la capacidad interna para evaluar las cosas como buenas y enriquecedoras o malas y entorpecedoras del desarrollo (autoevaluación); de la atención y satisfacción de las propias necesidades y valores junto con la expresión y el manejo adecuado de los sentimientos (autorespeto); al igual que del reconocimiento de

todas las partes de sí mismo; en síntesis la autoestima es la reputación que se tiene consigo mismo (Colunga, 1997).

En el transcurso de la vida y basándose en la percepción que los otros tienen del individuo, éste va construyendo ideas, conceptos y valores que pueden adoptar un matiz positivo o negativo y que son capaces de afectar la autoaceptación, la autoconfianza y el amor propio, por lo que una adecuada autoestima es un factor potencial que permitirá a la persona lograr un óptimo crecimiento y desarrollo (Alcantar, 1988).

La estructura y grado de la autoestima dependen pues de la cultura y los parámetros que la sociedad establece, de las primeras relaciones y experiencias vividas en la infancia, de la cantidad de apoyo y estimulación, de la calidad e intensidad afectiva y de los estímulos marcados por las figuras de autoridad.

1.2 Formación de la autoestima

Martínez (1987) puntualiza que la autoestima es un concepto fuertemente vinculado al sí mismo como objeto, por lo que se parte del desarrollo del sí mismo para describir la evolución de la autoestima.

Esta autora cita a Allport (1975) quien comenta que durante los tres primeros años se desarrollan tres factores del darse cuenta de sí mismo. El primero, es el "sentido del sí corporal", que se forma en base a las sensaciones orgánicas y de las frustraciones sentidas por el bebé causadas por el exterior. El segundo tiene que ver con el "sentido de una continua identidad del sí mismo", es decir, el sujeto va adquiriendo una consciencia de ser él mismo a través del tiempo. Y el último, se

refiere a la "estimación del sí mismo, amor propio", el infante al ser frustrado en su tendencia a explorar el mundo se siente herido en la estima de sí, lo que le produce enojo y una aguda percepción de sí mismo. El pequeño desacata los órdenes de los adultos como una forma de proteger su estima.

Frida Saal y Nestor Braunstein (1987, citado en Martínez, 1987) consideran que el Yo se constituye a través del otro, no habiendo Yo si no existe ese otro. Así, el narcisismo infantil proviene del narcisismo de los padres. De la misma manera, el deseo infantil se inscribe en el deseo de ese otro, y no en las funciones corporales.

Freud en 1914, afirmaba que el niño debía superar a sus padres, siendo capaz de liberarse de las leyes y normas (enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia) que rigen en la vida. Y el niño "debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación" (p: 88); debiendo cumplir los sueños no alcanzados de sus padres. Entonces, el amor parental no es más que el narcisismo revivido de los padres.

Fromm (1995), en base a Freud, agrega que el amor de los padres, sobre todo el de la madre, "es en medida considerable amor al niño como ampliación de uno mismo" (p: 80). También describe el narcisismo primario, argumentando que el recién nacido aún no se relaciona con el mundo exterior, es decir, que éste no existe para el bebé, a tal grado que todavía no puede distinguir entre el "Yo" y el "no Yo". El niño no está interesado en su entorno, la única realidad que existe para él, es él mismo y sus necesidades.

Freud (1914) refiere que para que el niño se interese por el exterior, se requiere que el Yo se desarrolle al distanciarse del narcisismo primario, distanciamiento que se produce a través del "desplazamiento de la libido a un ideal del Yo impuesto desde afuera" (p: 96).

De acuerdo al mismo autor, el "sentimiento de sí" consta de tres componentes; el residuo del narcisismo infantil, una parte que surge de la omnipotencia confirmada por la experiencia (cumplimiento del ideal del Yo) y la satisfacción de la libido de objeto; de no alcanzarse satisfacción libidinal con los objetos, ésta ingresa inmodificada a la persona, la cual es de nuevo como en la lactancia, su propio ideal. "Entonces se ama, siguiendo el tipo de la elección narcisista de objeto, lo que uno fue y ha perdido, o lo que posee los méritos que uno no tiene... se ama a lo que posee el mérito que falta al Yo para alcanzar el ideal" (p: 97).

La evolución de la autoestima de acuerdo con Mc Guigan (1974, citado en Solís, 1996) se basa "en el mantenimiento de las relaciones objetales durante la niñez", no obstante, resulta interesante explorar el periodo prenatal, ya que en los padres se forman expectativas de sus hijos. Según Tschirhart y Donovan (1985, citado en Colunga, 1997) las razones para engendrar un hijo son primordiales para la autoestima de éste, pues para que la persona comprenda quién es, es importante que sepa qué se esperaba de ella desde antes de nacer, pues esto influye en su autoconcepto y en sus sentimientos de valía. Los niños perciben las actitudes y juicios parentales que internalizan como si fueran ciertos.

Cabe mencionar que el niño no nace con una valoración de sí mismo, sino que ésta se va formando en el transcurso de su vida; se construye primero a partir del intercambio con los padres y posteriormente de las relaciones interpersonales que el sujeto establezca. Cuando la autoestima de un padre es baja, éste espera fracasar en la vida pues se predispone al rechazo; es débil, pasivo y brinda poco o nada de amor y atención a sus hijos. lo que, señala Coopersmith (1976, citado en Solis, 1996), niega la oportunidad a los hijos de afrontar la vida con seguridad en sí mismos.

A través de éstos contactos el infante adquiere imágenes sobre quién es y cómo debería ser. desarrollándose así el "ser" y el "ser ideal", los cuales son comparados continuamente y entre mayor semejanza tengan mayor será el grado de autoestima, por el contrario, entre más difieran la autoestima será menor. A Horney (1973, citado en Solis, 1996) le parece importante comprender los tres conceptos que le atribuye al Yo: el *Yo actual*, que define como la suma total de la experiencia del individuo; el *Yo real*, que es una fuerza interna o un principio común a todo y que es único en cada individuo; y el *Yo idealizado*, que sólo es una manifestación neurótica. Esta misma autora dice que la ansiedad suele generar baja autoestima la que, a su vez, determina una cadena compleja de hechos psicológicos que, entre otras cosas, produce el odio y el desprecio a sí mismo. Para poder enfrentar la ansiedad, el individuo se retrae al mundo de la imaginación, creando una imagen idealizada que le brinda una sensación de fuerza y confianza. Esta imagen es tan grandiosa que cuando el sujeto la compara con su sí mismo real, éste último queda opacado y empequeñecido, por lo que surge desamor y desprecio hacia él.

Fenichel (1997) hace hincapié en que las etapas de hambre y saciedad van alternándose en la vida del bebé, cuando el bebé está hambriento recuerda haber estado satisfecho antes e intenta reforzar el retorno de ese estado a través de la afirmación de su "omnipotencia", con el llanto y gesticulación. Luego deja de creer en su omnipotencia, proyectándola hacia los padres y tratando de recuperarla al participar en el poder de ellos. Ahora necesita de esa participación, "del sentimiento de ser amado, tanto como antes necesito la leche" (p: 437). Entonces, la sucesión de hambre y saciedad es sustituida por la alteración de estados en que el niño se siente solo, experimentando un tipo de autodesvalorización (aniquilación) y momentos en que se siente amado y es restaurada su estima. Después el Yo cuenta con la capacidad de anticiparse al futuro y de acuerdo a esto juzgar, así el Yo utiliza estados de "aniquilación menor o de pequeña disminución de la autoestima" (p: 437), como una manera de prevenir la probabilidad de una pérdida real de los suministros narcisísticos. Mas tarde, el Superyó desarrolla y se responsabiliza de la regulación de la autoestima. El requisito previo del bienestar ya no es únicamente la sensación de ser amado, sino que ahora hace falta también, el sentimiento de haberse portado como es debido, desarrollándose la función "premonitoria de la conciencia" (p: 437). La conciencia crea nuevamente estados de aniquilación menor o de ligeras disminuciones de autoestima, para prevenirse contra el peligro de una pérdida definitiva de los suministros narcisísticos, ahora provenientes del Superyó.

Los elementos que van estructurando la autoestima del ser humano difieren de acuerdo a la etapa de desarrollo por la que atraviesa, y las distintas percepciones que éste va teniendo, sin embargo, existen factores comunes como: la aceptación de sus

cualidades y defectos, el respeto hacia su persona e intereses, el establecimiento de límites claros y firmes en el núcleo familiar y el apoyo a sus decisiones y medios para alcanzar lo que desea.

De acuerdo con las ocho edades del hombre propuestas por Erickson (1993), consideramos que en la etapa "confianza básica versus desconfianza básica" se establece la base de la autoestima y que en las siete etapas posteriores ésta se va consolidando.

La confianza que se deriva de la primera etapa, según Erickson (1993), no depende de la cantidad de alimento o demostración de amor, sino de la índole de la relación materno-infantil. Las madres al cubrir las necesidades de sus hijos les crean sentimientos de confianza; la cualidad al hacerse cargo de tales necesidades y, al mismo tiempo, la forma en que crean la base para un sentimiento de identidad formarán posteriormente el sentimiento de valía personal y la sensación de ser digno de amor y confianza. Es así, que el primer logro social del niño es su disposición a dejar que la madre se aleje de él sin experimentar rabia o ansiedad indebida; porque su madre se ha convertido en una certeza interior, así como en algo exterior previsible.

Varios autores coinciden en la importancia de las demostraciones de afecto, a través del tacto (calor y reaseguramiento), pues el bebé lo entiende con mayor facilidad, así como de las voces que escucha, de las expresiones en las miradas de quienes le rodean, los tonos musculares de los cuerpos de quienes lo sostienen y de la manera en que la gente responde a su llanto. Por medio de todo esto se estimula sensorialmente al bebé, además de expresarle amor, apoyo y protección, pues de acuerdo a Rogers (1973, citado en Colunga, 1997) no es suficiente amar al bebé; es necesario

expresárselo y hacérselo saber, para que lo sienta y lo perciba. Fenichel (1997) comenta que generalmente quienes fueron frustrados durante el periodo de lactancia, son los más propensos a padecer del trastorno maniaco depresivo; comentario que amplía Branden (1993) al decir que los niños que crecen con un precario contacto físico generalmente llevan un profundo dolor interno.

Es necesario aclarar que, en ésta etapa, sólo se habla de la confianza adquirida por el infante; y no podemos asegurar que experimente seguridad, el estado general de confianza es de por sí ya un gran logro en éste periodo, pues ha aprendido a confiar en la mismidad y continuidad de los proveedores externos, además ha adquirido la confianza en sí mismo y en la capacidad de sus propios órganos para enfrentar las emergencias, considerándose suficientemente digno de confianza.

Durante la segunda etapa, "Autonomía versus Vergüenza y duda", el niño adquiere habilidades como el caminar y el lenguaje, lo que le posibilita la exploración e interacción con su medio ambiente, y éste se encarga de alentarle o desmotivarlo y de protegerlo o no contra experiencias arbitrarias de vergüenza y duda. De esto depende la capacidad que el niño adopte de elegir por su propia cuenta y de la manera en que se apodere de las cosas y se deshaga de ellas. Si se niega al niño la experiencia progresiva y bien dirigida de la autonomía de la libre elección, aquél volverá contra sí mismo toda su urgencia de discriminar y manipular. Esta etapa cobra su relevancia, ya que es decisiva para la cantidad de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de expresión o supresión que tendrá el niño. Por lo tanto un autocontrol conservando la autoestima produce un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo, mientras que la pérdida del

autocontrol o de un sobrecontrol externo origina una propensión perdurable a la duda y vergüenza.

El sentimiento de dignidad apropiada y de independencia legítima, otorgada por quienes le rodean, dota al niño de una expectativa confiada de que la autonomía promovida en la infancia no llevará a una duda o vergüenza inadecuada en la vida posterior. Por lo que es importante que en esta etapa los padres pongan límites flexibles que tomen en cuenta al niño como persona.

En la etapa "Iniciativa vs. Culpa" el niño adquiere una dirección y propósito para sus metas y una noción de lo que le es permitido y alcanzable, así como lo que le es prohibido e inalcanzable, esto determina la dirección hacia lo posible y tangible de lo que en un futuro serán sus metas como adulto. A esta edad el niño está ansioso; tiene la capacidad de hacer cosas en forma cooperativa, de construir y planear, de relacionarse con otros niños y manifestar su curiosidad sexual. Al mismo tiempo tiene la disposición de absorber los prototipos ideales.

En la edad "Industria vs. Inferioridad" los niños se enfrentan a un mundo nuevo (la escuela), en donde entran en una situación productiva cuya finalidad es que gradualmente se reemplacen los caprichos y juegos. Ahora aprende a obtener aprobación y reconocimiento a través de la producción de cosas. La escuela presenta sus propias metas y límites que confrontan al niño con sus obstáculos internos y externos en el uso de sus capacidades. El peligro de este periodo radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad, sobre todo si la vida familiar no ha logrado prepararlo para

la vida escolar, como resultado el niño se desespera de sus habilidades o de su status entre sus compañeros por lo que puede renunciar a ellos.

Con esta etapa finaliza la infancia propiamente dicha y comienzan la pubertad y la adolescencia, entendiéndose por esta última un conjunto de cambios en la vida del individuo en todos los sentidos: físico, cognoscitivo, emocional, interpersonal, social e intrapsíquico; la tarea del adolescente se torna difícil, ya que consiste en manejar la cantidad de energía que posee, así como sus necesidades psicológicas de independencia y las expectativas socioculturales (Satir, 1991a). A este período corresponde según Erickson (1993) la etapa "Identidad vs. Confusión de rol" en la cual todas las mismidades y continuidades, en las que hasta ahora confiaba, se vuelven a poner hasta cierto punto en duda. Este período representa la posibilidad para reelaborar y trascender aquello que había quedado inconcluso en etapas previas, incluyendo el desarrollo de la autoestima. Debido a la rapidez del crecimiento corporal, que iguala a la de la temprana infancia, y al nuevo agregado de la madurez genital, los adolescentes se preocupan principalmente por lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son.

En esta etapa se corre el peligro de la confusión de rol, pudiendo aparecer los episodios delincuentes o cuadros abiertamente psicóticos. Para evitar este riesgo los adolescentes suelen sobreidentificarse temporariamente, al grado de una aparente pérdida total de la identidad, con figuras significativas y con las multitudes, ya que éstas satisfacen sus necesidades de arraigo, relación e identidad. La necesidad de separarse de sus padres y de identificarse con otros modelos pueden dirigir a los jóvenes a la

búsqueda del cumplimiento con cierto ideal para sentirse adaptados y seguros. En esta etapa es de crucial importancia resolver la crisis de identidad y responder las incógnitas "¿Quién soy?" y "¿En quién creo?" (Erickson, citado por Villanueva, 1985).

Aquí también se incluye la etapa de enamoramiento, donde el amor constituye un intento por lograr una definición de la propia identidad, proyectando la propia imagen difusa en otra persona y logrando así que se refleje y aclare progresivamente.

Los conflictos (sentimientos de soledad, aislamiento, incompreensión, fragilidad, desamparo e identificación) que surgen en este periodo, provocan que la autoestima sea un proceso vulnerable que sólo encuentra equilibrio en la medida que la adolescencia se elabore.

Cardelle (1994, citado en Colunga, 1997) señala que la adolescencia es la época en que la identidad (propia o impuesta por el exterior) surge desde el interior para ser redefinida: "considero la adolescencia como un periodo de incubación, algo parecido a estar embarazados de nosotros mismos".

1.3 Autoestima alta y autoestima baja

Como se vio en el apartado anterior, varios autores coinciden en que la autoestima depende de los restos de omnipotencia y del narcisismo que sobrevivieron a través del desarrollo. Restos que varían de un sujeto a otro, en relación a factores como el sexo, edad, experiencia personal y roles (Coopersmith, citado en Bonnave, 1994). Dentro de la experiencia personal es importante destacar el peso que

tienen los patrones sociales comunicados, principalmente por medio de la familia y otros grupos primarios, a partir de los cuales el individuo se valora a sí mismo y es valorado por los otros. Las discrepancias que se producen en las valoraciones que cada uno hace de sí, se manifiestan en las conductas y pensamientos exhibidos. Aquino (1993, citado en Alcantar, 1998), señala que el nivel de autoestima puede ser clasificado como autoestima alta o positiva y autoestima baja o negativa.

Bonnave (1994) dice que el grado de autoestima es manejado como una variable que se mueve a lo largo de un continuo unidimensional, que va de alto a bajo. Este mismo autor cita a Shibutani (1961), quien opina que el nivel de autoestima es algo más complejo, lo cual es apoyado por Buss (1980, citado en Moreno, 1994), quien añade que la autoestima es una evaluación que prueba actitudes de una manera íntima con el Yo y representa residuos de las experiencias primordiales de la vida: "el afecto de otros y las propias realizaciones" (p: 10).

Bar-on (1985, citado en Martínez, 1987) enuncia condiciones internas y externas que regulan el nivel de autoestima, siendo éstas: (1) la cercanía o lejanía entre el self real y el ideal; (2) la introyección de objetos estimados que posibilitan la representación integrada del self o la introyección de objetos hostiles o deteriorados que impidan la representación de un self estable; (3) la catectización positiva o negativa del self; (4) el superyó que emite juicios de valor; (5) el grado de capacidad que tenga el Yo de satisfacer y balancear las presiones y expectativas del ello, del superyó y de la realidad externa; (6) el estado físico (salud, edad, apariencia); (7) las fuentes de amor internas y externas; (8) el éxito que se obtenga a nivel familiar, laboral, social e

intelectual; (9) el resultado del cumplimiento o frustración de expectativas y (10) la posesión de pertenencias personales.

Según Solís (1996), la alta autoestima "expresa el sentimiento de que uno es lo <<suficientemente bueno>> [y] la baja autoestima implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio a sí mismo" (p: 157).

La vida de las personas que poseen una autoestima alta tiende a ser productiva y armónica; poseen actitudes y pensamientos positivos y de bienestar hacia sí mismos y los demás que les permiten disfrutar de la mayoría de los sucesos de la vida, o de poder aceptarlos y hacerles frente siendo poco vulnerables y pudiendo hablar con tranquilidad de sus logros o fracasos en forma directa y honesta (Falcón, 1999).

Estas personas tienen la capacidad de mantener relaciones interpersonales afectivas satisfactorias y comprometidas, lo que favorece su desarrollo. Cabe señalar, que todas las personas suelen relacionarse con otras que poseen el mismo nivel de autoestima (Colunga, 1997), así Coopersmith (1976, citado en Solís, 1996) sostiene que los sujetos con autoestima alta se acercan a personas cuyas expectativas de éxito son considerables; aceptando sus puntos de vista, manifestando confianza al relacionarse, alcanzando independencia social, siendo creativos y conduciéndose asertivamente.

Al mismo tiempo, muestran congruencia entre lo que hacen y dicen, al poder manejar la ansiedad e inseguridad (Falcón 1999). Pueden tomar decisiones propias, pues la inteligencia es la que dirige los actos y, como consecuencia de respetar la propia valía, logran

percibir y respetar el valor de los otros (Satir, 1991b), siendo abiertos a nuevas ideas, experiencias y formas de vida. Así, los individuos al tener un constante nivel de autoestima logran manifestar libre y adecuadamente sus sentimientos y pensamientos, proporcionando un marco de confianza y respeto para que los demás hagan lo mismo, aún cuando sus opiniones difieran, mostrando su flexibilidad para adecuarse a su entorno.

Estos sujetos tienden a valorarse y aceptarse, reconociendo sus capacidades y limitaciones, lo que los lleva a buscar actividades donde puedan desarrollarse satisfactoriamente y cuyos éxitos consigan mantener la buena apreciación que tienen de sí, confirmando de ésta manera las imágenes que introyectaron en sus primeros años de vida.

Para que la autoestima alta pueda lograrse, es necesario un ambiente en el que se acepten los pensamientos, sentimientos y el valor del niño, en el que haya límites claros y justos que den un marco de respeto hacia su dignidad como ser humano, en el que no se use la violencia, la humillación y/o el ridículo para controlar y disciplinar (Falcón, 1999), en el que el amor se manifieste de manera abierta, las equivocaciones sirvan de aprendizaje, se de una comunicación clara, directa y específica y donde se inculque la responsabilidad (Satir, 1991b).

Por el contrario, cuando se ha vivido y desarrollado dentro de una familia conflictiva, generalmente se tienen sentimientos de inutilidad, se crece con una comunicación oscura, normas y límites inflexibles, críticas destructivas por las diferencias, castigos punitivos por las faltas cometidas y sin posibilidad de aprender a responsabilizarse.

Las personas con una baja autoestima, al partir de sus introyecciones distorsionadas, buscan situaciones y relaciones mediante las que puedan confirmar sus sentimientos de poca valía e inferioridad. Sentimientos que, a su vez, derivan en actitudes agresivas y en la dificultad para relacionarse, para adecuarse al medio y para reconocer sus capacidades y logros. Esto obstaculiza el desarrollo del aprendizaje y la aceptación de experiencias nuevas, ya que mantienen un esquema rígido y no aceptan sus errores tendiendo a delegarlos a otros y a las circunstancias del mundo exterior.

De acuerdo con lo anterior, al percibir alterada su realidad no logran una adecuada valoración de sí mismos, por lo que toda actividad emprendida no los satisface.

Estas personas, al sentir que no poseen objetos valiosos, generan sentimientos de celos y envidia y prefieren destruir los objetos valiosos de los demás, antes de reconocer que no están a su alcance y que sólo a través de su esfuerzo pueden recuperar y construir sus propios objetos (Segal, 1992).

Estos individuos tienen el riesgo de llevar a cabo conductas dañinas contra sí mismos y los demás y gran parte de su capacidad se ve obstaculizada. Cuando la persona siente que vale poco se predispone al engaño, al maltrato y al rechazo de los demás, lo que abre la posibilidad de que se convierta en víctima, pues al esperar lo peor "baja la guardia y permite que lo peor suceda" (Satir, 1991b: 36). Al tratar de defenderse, el individuo tiende a ocultarse detrás de la desconfianza y a hundirse en sentimientos de soledad, volviéndose apático, aislado, indiferente hacia sí mismo y quienes le rodean. A

estos sujetos se les dificulta ver, escuchar o pensar con claridad, por lo que tienden a sufrir la burla y el desprecio de otros.

Cuando la gente tiene sentimientos frecuentes de baja autoestima experimentan, una derrota, calificándose como fracasada. Luego de experimentar constantemente estas respuestas el Yo se vuelve vulnerable a las drogas, el alcohol y otras formas de fuga de la realidad (Satir, 1991b).

La baja autoestima también se encuentra relacionada con fracasos escolares, delincuencia, depresión, ansiedad, apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad (Verduzco, 1994).

1.4 Comorbilidad asociada a la autoestima

A partir de nuestra práctica institucional, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", pudimos observar que los padecimientos más concurrentes entre la población adolescente son los episodios depresivos y maniacos, así como los trastornos neuróticos y disociales. Además, con menor frecuencia, aparecían otras patologías que solían estar asociadas como la hipocondría, la histeria, las reacciones obsesivas, la enuresis y los trastornos del habla. En la mayoría de los adolescentes se podía encontrar algún tipo de alteración de la autoestima, independientemente del motivo de consulta por el cual acudían al Hospital, fenómeno que fue indagado a través de una investigación precedente a esta, cuyo objetivo era identificar si existían diferencias en el nivel de autoestima entre adolescentes con diagnósticos de tipo emocional, conductual y en aquellos que no tenían un diagnóstico, encontrando que el tipo de trastorno no determina la autoestima y que el bajo nivel de ésta es una

condición inherente a la adolescencia (Villa, 1997). Razón por la cual, en el presente apartado, nos daremos a la tarea de brindar un panorama general de la autoestima y su relación con algunos cuadros psiquiátricos.

1.4.1 Autoestima y depresión

La Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales en Niños y Adolescentes (CIE-10, 2001), señala que el episodio depresivo se caracteriza por la pérdida del apetito, de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y de la confianza en sí mismo. Se presentan trastornos del sueño, pensamientos y actos agresivos o suicidas, ideas de culpa e inutilidad y una perspectiva pesimista sobre el futuro. Asimismo, se ve una disminución en la atención, concentración, actividad y autoestima.

El episodio depresivo también suele presentarse bajo ciertos síntomas que lo encubren, como son la irritabilidad, el consumo excesivo de alcohol, el comportamiento histriónico, la exacerbación de fobias, síntomas obsesivos o preocupaciones hipocondríacas. Es común que durante la adolescencia, se presente un sentimiento depresivo, siendo las formas atípicas las que se dan con mayor frecuencia.

Hanna Segal (1992), en su libro titulado "Introducción a la Obra de Melanie Klein", al hablar de la posición depresiva, menciona que el bebé ya posee un Yo más fuerte que necesita en menor medida proyectar sus impulsos malos, disminuyendo el poder del objeto malo y teniendo más tolerancia al instinto de muerte. Esto, abre paso a la

percepción de la madre como objeto total, lo que constituye el cambio fundamental de esta posición.

Al aproximarse, el objeto malo y el objeto ideal, se estimula la integración del Yo, en esta integración el bebé experimenta que es él quien ama y odia a un mismo objeto, su madre, a quien frecuentemente introyecta y se identifica con ella. En este acercamiento, el Superyo se vive como un objeto interno total, amado con ambivalencia; las agresiones que se le dirigen provocan afectos de culpa y autorreproche. El Superyo no sólo genera sentimientos de culpa, sino también es considerado un objeto de amor que ayuda en la lucha contra los impulsos destructivos. A la par que esta fase avanza, el mecanismo psicótico de la escisión va reemplazándose por la represión, inhibición y desplazamiento, dotando al sujeto de capacidad para establecer vinculaciones y abstraer.

La posición depresiva permite que el deseo de reparar al objeto destruido movilice en el bebé las fuerzas yoicas. Esperando compensar los prejuicios provocados, en sus fantasías omnipotentes, así como recuperar y restaurar sus objetos de amor perdidos devolviéndoles la integridad y la vida.

Al pensar que la destrucción de sus objetos es causado por sus propios ataques, considera que su amor y cuidados podrán revertir los efectos de su agresión, pero al fracasar su reparación mágica, disminuye su creencia en la omnipotencia de su amor, aclarándosele los límites de éste y de su odio, a la vez que va encontrando más recursos para incidir en su realidad exterior.

Esta posición traza un progreso primordial en el desarrollo, cambiando de tajo la concepción de realidad del bebé.

No existe una elaboración completa en la posición depresiva pues ésta se reaviva ante la angustia, las situaciones de pérdida, la ambivalencia y la culpa. Si durante dicha posición el bebé pudo edificar, de manera sólida, un objeto bueno las situaciones posteriores de ansiedad depresiva no lo llevarán a la enfermedad sino a una elaboración productiva. De lo contrario, el Yo se sentirá perseguido por la ansiedad frecuente de perder, por completo, las situaciones internas buenas y con el constante miedo, y a veces una amenaza real, de llevar a cabo una regresión a la psicosis.

Fenichel (1997) explica que una persona deprimida se encuentra fijada al período anal-oral, por lo que trata de regular su autoestima por medio de suministros externos, recomendando "el mundo en una situación de constante voracidad" (p: 436) tratando de alcanzar a cualquier precio satisfactores que cubran sus necesidades narcisísticas y reaccionando de manera contradictoria; algunas veces, con sumisión y dependencia, y otras, con violencia al no tener las gratificaciones esperadas.

La orientación anal de la depresión causa que, en ocasiones, se mezcle con la neurosis obsesiva, encontrándose como diferencia que los deprimidos no intentan, como el obsesivo, retener a su objeto, sino su deseo es incorporarlo; poseerlo, no dejarlo aunque esto signifique destruirlo. En las personas deprimidas se hallan presentes fantasías canibalísticas sobre personas, o parte de ellas, que han devorado.

El autor propone que la regulación de la autoestima en los sujetos deprimidos es de tipo arcaico, ya que intentan obtener, de la misma manera que cuando eran bebés, la gratificación del mundo

la agresión que conlleva el deseo de obligar al otro a tal unión, trae consigo el castigo.

La depresión siempre va acompañada por una pérdida de autoestima, cuando esta pérdida es parcial sirve de advertencia ante la posibilidad de que sea total. La persona trata de defenderse de dicha pérdida, agravando únicamente la situación "con una introyección patognomónica del objeto ambivalente amado" (p: 446), pues al fracasar la señal de alerta se llega a un sentimiento de aniquilamiento. Cuando la presión del Superyo resulta asfixiante e insoportable el Yo se siente desprotegido e inutilizado, dejándose morir, por lo que revierte el sadismo hacia la propia persona, pues "nadie se quita la vida sin haber intentado antes matar a otro" (p: 450). Frente a la pérdida completa de la autoestima y de la esperanza de recuperarla se llega al suicidio. Así, para estar vivos se requiere de un mínimo de autoestima y de otras fuerzas protectoras del Superyo (Fenichel, 1997).

Fernández (1986) contribuye al respecto, al comentar que la autoestima alivia la culpa al compensar la tendencia fantasiosa de acusarse constantemente, pudiendo llevar a cabo la labor de la reparación gracias a que se cuenta con el afecto necesario para ello.

1.4.2 Autoestima y manía

La Clasificación Internacional CIE-10 (2001) define como Manía a la excitación del humor que no tiene relación con las circunstancias del sujeto, que puede ir desde una "jovialidad descuidada" hasta una excitación casi sin control. También se presenta un incremento en la

vitalidad con hiperactividad, logorrea y pérdida del sueño. Hay una extraversión, una incapacidad de mantener la atención por una fuerte tendencia a distraerse. La autoestima aumenta desmedidamente y se tienen ideas de grandeza y exageradamente optimistas. Puede haber trastorno en la percepción al sobre exaltarse los sentidos. El sujeto se puede inmiscuir en empresas extravagantes e impracticables, gastar dinero impulsivamente o reaccionar en forma agresiva, amorosa o bromista en situaciones inapropiadas.

Segal (1992), apunta que si durante la posición depresiva el bebé experimenta haber arruinado completa e irreparablemente a la madre, el Yo utiliza sus defensas para evitar sentir esto. Las defensas a las que la autora se refiere son de dos tipos; la reparación que permite el crecimiento del Yo y las defensas maniacas que protegen al Yo en su desesperación. Incluyéndose los mecanismos de la posición esquizo-paranoide como son la escisión, la idealización, la identificación proyectiva y la negación, que ahora se encuentran más organizadas y buscando impedir la sensación de la ansiedad depresiva y de culpa.

Entonces, las defensas maniacas se abocarán contra todo sentimiento de dependencia que evitará, negará o invertirá. Al vincularse las ansiedades depresivas con la ambivalencia, el bebé se defenderá de ésta, renovando la escisión del objeto y del Yo y utilizando las defensas maniacas contra la realidad psíquica.

La característica de la relación maniaca con los objetos se basa en el intrincamiento de tres sentimientos que son: el control, el triunfo y el desprecio. El control que se intenta tener sobre el objeto es un medio para negar la dependencia que se tiene de él y asegurarse de conseguir satisfacción a las necesidades. El triunfo, por su parte, niega

sentimientos depresivos unidos a la valoración e importancia del objeto, así como a la omnipotencia, no causando culpa por el ataque al objeto pues no se le extrañará. Y por último el desprecio se refiere a la negación del valor del objeto, lo que protege contra la experiencia de pérdida y culpa.

En el libro "Teoría Psicoanalítica de la Neurosis" (1997) Fenichel informa que "todos los fenómenos maniacos tienen como centro un enorme incremento en la autoestima" (p: 457) lo que es igual al decremento del grado de conciencia, pues una vez desbordadas las inhibiciones, todas las actividades son exaltadas. Los individuos poseen hambre de objetos que sean un medio para descargar sus impulsos y, de la misma manera como busca incorporarlos, los desecha sin remordimiento alguno. Junto a esto, el sujeto se siente liberado al fallar la represión que hasta entonces poseía.

La manía, según Freud (1917), es un triunfo, ya que el Yo logra recuperar terreno frente al Superyo severo y castigador, uniéndosele a su omnipotencia y teniendo a su alcance suministros narcisísticos, encontrándose, así, la otra cara de la ambivalencia; el intenso amor a sí mismo.

La exageración de las expresiones maniacas da la impresión de una verdadera liberación, sin embargo, en el análisis, se observa que el paciente no ha vencido enteramente sus miedos frente al Superyo; inconscientemente, estos continúan vigentes, sólo que en la manía se puede aplicar la negación y la sobrecompensación. "La manía no es una auténtica liberación de la depresión, sino un intento torpe de negar las dependencias", es una defensa contra la depresión.

Es preciso decir que, en la mayoría de los casos, la manía es acompañada por la depresión, convirtiéndose en un ciclo de periodos de disminución y exacerbación de sentimientos de culpa, entre los sentimientos de aniquilación y de omnipotencia. Puede decirse que esta díada se adecua al ciclo biológico de hambre y saciedad.

1.4.3 Autoestima y algunas neurosis

En la fobia, según la CIE-10 (2001), la ansiedad se expresa casi por completo en ciertas situaciones o frente a objetos determinados, externos al sujeto, que no suelen ser peligrosos a los ojos de los demás. El individuo reacciona con miedo y trata de evitarlos. La ansiedad no desaparece al ver que otras personas no consideran peligrosas o amenazantes dichas situaciones, generalmente la ansiedad se desencadena y anticipa frente al hecho de imaginar la situación fóbica. Es común que la ansiedad fóbica se acompañe de episodios depresivos.

Dentro de las fobias encontramos la social y las específicas. La fobia social suele iniciar en la adolescencia y se caracteriza por el temor a ser juzgado por otras personas, por lo que el sujeto trata de evitar situaciones sociales (hablar en público, encuentros con el sexo contrario, etc.). El contacto visual puede ser causante de estrés provocando, temblor de manos, náuseas o necesidad urgente de micción, lo que también se acompaña de baja autoestima y miedo a las críticas.

Por otra parte, las fobias específicas se restringen a ciertas situaciones como la proximidad de ciertos animales, alturas, truenos, oscuridad, volar en avión, espacios cerrados o abiertos y al contagio

de enfermedades, entre otras. Estas fobias generalmente comienzan en la infancia y al principio de la edad adulta, pudiendo persistir durante décadas de no ser tratadas. La gravedad de este trastorno depende de la habilidad que tenga el enfermo para evitar la situación fóbica.

Conforme a Fernández (1986) la fobia es la "verdadera neurosis edípica de los varones". La que, con mayor asiduidad, aparece en la pubertad, pues las defensas no son suficientes para el desarrollo real del pene impidiendo su idealización, como las mujeres lo hacen, esta condición, aunada a otras de tipo ambiental, llevan al púber a sentir una cantidad extraordinaria de angustia de castración; "lo que angustia es la tendencia erótica a someterse al padre". Al ponerse en juego los mecanismos de defensa básicos como son la sustitución, la proyección, la evitación, el desplazamiento y el control, se trata de colocar a los objetos afuera para diferenciarlos y luego poder evitar y controlar la situación angustiante. El control, que es el último de los mecanismos, puede aparecer de dos maneras a saber; ya sea sometiéndose o sometiéndolo.

Este tipo de neurosis es llevada lejos, fuera del cuerpo; en el mundo externo donde después de reprimir al objeto vinculado a amenazas de castración, por los deseos e impulsos, el Yo cambia al objeto por otro que no produzca ambivalencia y luego lo exterioriza por proyección.

Existen dos formas de negar la angustia: una es negar que exista una situación peligrosa, la otra es negando que se siente temor ante ella.

"La situación fóbica constituye una tentación para las pulsiones instintivas. La angustia surge solamente ante un veto del mundo externo o del Superyo. El anhelo originario puede reaparecer" (Fenichel, 1997: 536). Las conductas contrafóbicas buscan aquello que en el pasado atemorizó, al igual que el niño en el juego experimenta con placer lo mismo que en la realidad teme. La repetición activa de lo que sufrió en forma pasiva o la anticipación activa de aquello que puede ser vivido de manera pasiva en el futuro son, como ya se había mencionado, mecanismos principales contra la angustia. Comúnmente la situación antes temida se vuelve placentera al ser buscada en forma activa, de lo contrario, si ésta aparece inesperadamente, el antiguo miedo reaparecerá.

Algunas normas de conducta que representan, de manera inconsciente, un registro para alcanzar alivio en la angustia muestran ser, en el análisis, "rituales con significado de expiación o de castigo" (Fenichel, 1997: 539).

Las contrafobias, al mismo tiempo que las formaciones reactivas, se hayan expuestas a fallas. Detrás de los intentos de represión o de negación de la angustia, el carácter hipertenso, el cansancio general, los actos sintomáticos o los sueños dejan ver la existencia de la angustia que sigue haciendo estragos en el sujeto.

La tragedia de una persona fóbica, que proyecta un peligro interno, consiste en que se escape a donde se escape "se lleva a sí mismo" (Fenichel, 1997: 416). Su inquietud característica se debe a su intolerancia para la atención y a una represión a patrones pasivo-receptivos de control. "escapar" significa escapar de un lugar donde nadie ayuda hacia otro donde se pueda contar con ayuda y

protección. En general, esta huida se complica por la violencia sádica con que el sujeto trata de asegurarse la ayuda que necesita y por el temor a su propia agresión.

Un niño asustado necesita afecto externo o más bien suministros narcisísticos para ser menos vulnerable y encontrarse más cerca de la omnipotencia, requiere también el contacto de la madre, es decir, de un inicio "bueno" para luchar contra la angustia "mala" que tiene dentro de sí (introyección), por ende, todo aquello que eleve la autoestima tiene un efecto estimulante.

Otra de las neurosis que se presenta con mayor frecuencia es el trastorno obsesivo-compulsivo que se caracteriza, según la CIE-10 (2001), por pensamientos, ideas, imágenes mentales o impulsos que aparecen una y otra vez, de manera estereotipada, en la actividad mental de la persona. Suelen ser desagradables por su contenido violento y obsceno o sencillamente porque son carentes de sentido. El paciente trata, generalmente sin éxito, resistirse a ellos. Sin embargo, son percibidos como pensamientos propios, a pesar de ser involuntarios y repugnantes. Los actos o rituales compulsivos son conductas estereotipadas que se repiten habitualmente, no son placenteros ni dan pie a actividades útiles. Para el enfermo funcionan para prevenir algún suceso objetivamente improbable, siendo también reconocido como ineficaz o carente de sentido, tratando, en repetidas ocasiones, de oponerse a él. Existe una íntima relación entre los síntomas obsesivos y los depresivos.

Fernández (1986) argumenta que la estructura obsesiva controla internamente, pues puede compensar los objetos rechazados, causantes de angustia, por medio de la omnipotencia de los actos

(rituales) y las ideas. La neurosis obsesiva aparece como estructura neurótica prevalecientemente masculina para el control de la angustia emergente en el conflicto dependencia-independencia. Se puede decir que, en general, los rasgos y ciertos síntomas obsesivos son comunes en adolescentes púberes, dado que el erotismo y sadismo anal son pulsiones frecuentes en este periodo, pudiendo formar neurosis cuando el monto de estas pulsiones se agregan a las malas experiencias infantiles, abriendo paso a la regresión y la manipulación mágica de la angustia.

Una vez fincada la neurosis se detiene la lucha por la identidad, la actividad pierde su sentido movilizador porque únicamente intercambia una idea "mala" por otra "buena". Esta última, también pierde su sentido que va limitándose y perdiendo espontaneidad y autonomía "lo deseado se transforma en lo que hay que hacer". Iniciando una batalla entre el Yo y el Superyo Ideal que exige perfección en oposición a las pulsiones anales, sádicas y eróticas que quedan anuladas por los mecanismos de seguridad, truncándose todo desarrollo transformador, pues la búsqueda de lo nuevo es sustituida por la búsqueda de lo bueno ya dado y establecido.

Fernández (1986) dice que los síntomas característicos de la obsesión son la compulsión, los rituales y las inhibiciones (anulación y aislamiento). Explica que la compulsión (escrupulosidad, actos compulsivos como contar objetos y números, lavarse, tics, dudas, etc.) surge por la pelea entre tendencias e ideas sádico-anales y el Ideal del Superyo, la que se resuelve en un intercambio que, por un lado, muestra placer por una idea, y por otro, desea su anulación. Los rituales son los "conjuros" que adquieren un carácter compulsivo a fin de aislar y controlar determinadas actividades (limpieza, entrar o salir,

dormir, etc.). Las inhibiciones son la exageración y la estereotipia del aislamiento y la anulación de lo vivido como peligroso.

Esta neurosis, principalmente masculina, gira entorno a la fase sádico-anal donde se desarrolla el Edipo pregenital; por eso muchas representaciones sin contenido afectivo simbolizan fantasías homosexuales activas o pasivas que encubren las fantasías edípicas genitales causantes de angustia de castración, son defensas reales ante angustias fóbicas.

El principal mecanismo de defensa que es utilizado por las personas obsesivas es la racionalización la que, de acuerdo con Fernández (1986), brinda la idea de que una exigencia ideal es próxima a ser cumplida, comunicándole al Yo un acrecentamiento de su autoestima. Esto puede llevar al Yo a ignorar el hecho de que los actos idealizados son la expresión de instintos que cotidianamente habrían sido reprimidos. Cada vez que es alcanzada una exigencia ideal, el Yo recupera parte de su primitivo sentimiento de omnipotencia.

1.4.4 Autoestima y los trastornos disociales

En la CIE-10 (2001) se hallan definidos los trastornos disociales como aquellos padecimientos que se caracterizan por una forma constante de alteración de conducta agresiva o desafiante. En modo extremo pueden existir transgresiones a las reglas, de una manera desproporcionada a las que serían aceptables para la edad del paciente y las características de la sociedad en la que vive. Se trata

pues, de algo más grave que una travesura infantil o rebeldía adolescente.

Estos trastornos, por lo general, se relacionan con un medio psicosocial desfavorable, es decir, relaciones familiares frustrantes y fracaso escolar, siendo más frecuente en varones. Los trastornos disociales difícilmente se distinguen del trastorno hiperactivo con el que casi siempre se trastapa. Este tipo de trastornos pueden evolucionar, a veces, hacia un trastorno disocial de la personalidad.

Las conductas en que se basa el diagnóstico son, entre otras, el grado excesivo de peleas o intimidaciones; crueldad hacia las personas o animales, destrucción de pertenencias ajenas, incendios, robos, mentiras constantes, ausencias en la escuela y fugas del hogar, rabietas, conducta desafiante y provocativa, así como desobediencia grave y persistente.

En estos pacientes es posible encontrar dificultades para interactuar con otras personas, ya sea con sus pares o con adultos, sobre todo con aquellos que les represente una figura de autoridad.

De Ajuriaguerra (1986), en su Manual de Psicopatología del Adolescente, dedica un capítulo a las conductas psicopáticas, en el cual describe ciertas características que son similares a las que se presentan en los trastornos disociales. Por la semejanza que muestran nos parece importante exponer brevemente en que consiste la psicopatía.

A través del tiempo, varios autores han ofrecido distintas concepciones de psicopatía. En un principio esta noción era vaga y se

refería únicamente a la predisposición patológica de la organización mental. Siendo Kraepelin (citado por De Ajuriaguerra, 1986) quien divide a la población psicópata en dos grandes rubros: 1) los que contaban con una personalidad psicopática como antecedente a una psicosis, incluyendo maníacos, deprimidos, ciclotímicos, epilépticos y esquizofrénicos; y 2) los que tienen un retraso en el desarrollo que abarca a los irribables, embusteros, tramposos, impulsivos, peleoneros y, en general, a aquellos que odian a la sociedad. Kraepelin consideró importante aclarar que el retraso en el desarrollo, al que hace referencia en el segundo grupo, tiene que ver con la actividad psíquica, principalmente la moral.

Por otra parte, Pritchard (citado en De Ajuriaguerra, 1986) propone el término "moral insanity" donde se presenta una disfunción psíquica en los sentimientos y costumbres, habiendo una disminución o pérdida del self control e incapacidad para ser honesto, y presentándose poco o nada afectadas las capacidades intelectuales. La teoría psicoanalítica apoya la teoría de Pritchard proponiendo que en la psicopatía hay una hipofunción del Ideal del Yo y una debilidad del Yo, originando poca capacidad para tolerar problemas y tensiones, solicitando una rápida satisfacción de las necesidades.

Cleckley (citado en De Ajuriaguerra, 1986) enriquece la descripción de la sintomatología psicopática, al exponer que se observa pobreza en el juicio, incapacidad para aprender de la experiencia, egocentrismo e incapacidad para amar.

Aunque la psicopatía no se puede diagnosticar antes de los dieciocho años, existen ya señales antes de los quince años, que indican su posible surgimiento, como son: la frecuente ausencia

escolar o la expulsión de ésta por mala conducta, delincuencia que amerite su presencia frente a la autoridad, fugas nocturnas del domicilio, mentiras frecuentes, relaciones sexuales constantes en relaciones efímeras, uso de alcohol o drogas, nivel escolar inferior al esperado y violación de normas sociales.

Fenichel (1997) aborda "los caracteres gobernados por los instintos" explicando que hay una fijación narcisista-oral, donde se carece de un Superyo sólido y se busca gratificación a todas las exigencias sin considerar a los demás. La falta del Superyo seguramente se debe a la ausencia de vínculos estables y duraderos en la infancia o a una fijación oral sumada a experiencias traumáticas. No es que el Superyo no exista, sino que está incompleto y enfermo, por lo que al relacionarse con el Yo surgen la ambivalencia y las contradicciones. Otras características son las insatisfacciones crónicas, la hipersexualidad y sobre actividad del instinto causado por su estado de estancamiento.

Lo grave en la psicopatía, de acuerdo con Fernández (1986), es que es interminable, "el caos interno es un perseguidor continuo que constantemente hay que evitar con la proyección y control omnipotente en el objeto de la amenaza interna".

Estos pacientes tienen una mayor tendencia al acting-out, el que, en ocasiones, no se limita al tratamiento analítico, sino que la vida total del paciente está compuesta por acciones no acordes a la realidad, encaminadas a la descarga de tensiones inconscientes.

1.4.5 Autoestima y esquizofrenia

De acuerdo con De Ajuriaguerra (1986), durante la adolescencia, se torna difícil diferenciar entre un proceso esquizofrénico y un estado eventual de crisis. El adolescente esquizofrénico no tiene amigos de su edad; sólo un hermano o un compañero en el mismo aislamiento social; carece de interés por tener amigos; no siente placer al interactuar con las personas; evita los contactos sociales no familiares, especialmente con sus congéneres; no tiene interés en actividades que implican a otros adolescentes; presenta labilidad emocional oscilante entre la depresión y una exaltación del humor; es impertinente con sus padres y agresivo, particularmente con sus hermanos, y parece perdido en largos periodos de ensoñación. La sospecha de un estado psicótico se refuerza al existir reacciones infantiles, estúpidas y extrañas, así como por una tendencia a manifestar actitudes extremistas. Asignar un diagnóstico diferencial es complicado, pero existen signos que ayudan a aclararlo, así, el adolescente no psicótico mantendrá, incluso en el nivel más alto de crisis, un contacto adecuado con la realidad. En este joven los comportamientos extraños se limitaran esencialmente a la familia y, a veces, al medio escolar, apareciendo sin problemas en la relación con sus compañeros.

Es esencial tener en cuenta las similitudes entre los procesos psicológicos normales de la adolescencia y el inicio de un estado psicótico. En ambas situaciones el Yo se encuentra débil y a veces parcialmente desintegrado, acompañado por la regresión; hay una fluctuación del afecto, presentando tendencias hacia reacciones depresivas y disfóricas, a una ansiedad invasora; hay también una ruptura de los vínculos afectivos con el entorno y una exagerada afirmación de las tendencias egocéntricas reforzadas por conductas

oposicionistas evidentes. Este paralelismo lleva a diversos psicoanalistas a evocar sintomatología psicótica en el desarrollo de toda adolescencia "es significativo ver que en el caso de un desarrollo normal el adolescente atraviesa a veces periodos de repliegue narcisista que va hasta la pérdida real del objeto interno y de la identidad...Para tratar de protegerse frente a las tendencias pulsionales desencadenantes, el adolescente recurre a veces a defensas de tipo primitivo, tales como la negación, y a mecanismos infantiles de introyección y proyección. Importa menos entonces la duración que la reversibilidad de estos estados. Son seguidos normalmente por un retorno al mundo objetal y por nuevos progresos" (Jacobson 1975, citado en De Ajuriaguerra, 1986: 235). La "reversibilidad" y la "variabilidad" de este periodo, es un indicador del progreso del desarrollo. Por el contrario, cuando estas se fijan o se organizan en forma rígida, cuando los "conflictos de culpabilidad están ausentes y reemplazados por conflictos de humillación y de inferioridad y por temores paranoides de ser abandonado sin defensa, se puede suponer, con razón, que los procesos regresivos que afectan al Yo y al Superyó anuncian un terreno propicio para la esquizofrenia paranoide y para la marginalidad" (De Ajuriaguerra, 1986: 236).

Otro mecanismo de defensa común en los adolescentes y en los psicóticos es la identificación proyectiva. Todo adolescente utiliza la identificación proyectiva, pero el adolescente psicótico recurre a ella de forma masiva y preponderante. Bion (citado en Aberastury, 1986) considero que al romperse el equilibrio alcanzado en la latencia predomina en el adolescente, por momentos, la parte psicótica de la personalidad; así, es posible considerar que la adolescencia se caracteriza por la emergencia tanto de partes indiscriminadas como de otras más diferenciadas de la personalidad.

Las modificaciones biológicas y el crecimiento corporal incontrolables son vividos como un fenómeno psicótico y psicotizante en el cuerpo. Las ansiedades psicóticas se incrementan ante la posibilidad de realizar las fantasías edípicas de tener un hijo con el padre del sexo opuesto (Knobel, 1998), reaparece el temor de castración edípica y el sentimiento de culpa, reactivándose la angustia de fragmentación (De Ajuriaguerra, 1986). Entonces, el cuerpo se convierte en un área en la cual se encuentran exigencias biológicas y sociales, siendo depositario de vivencias y fantasías terribles y persecutorias de carácter psicótico (Knobel, 1998). Esta transformación se acompaña de una angustia intensa e incontrolable, clínicamente se observan en conductas automutiladoras o autodestructoras que pueden parecer extrañas e incomprensibles para quienes rodean a estos jóvenes.

La diferenciación entre crisis de adolescencia y trastornos psicóticos es compleja si no se considera más que un suceso de la vida del paciente, una conducta o una actitud aislada. Por el contrario, la consideración de la historia del individuo, de sus antecedentes, del conjunto de sus comportamientos y de su significado mental ayudan a precisar el riesgo de una evolución psicótica. A esto hay que sumar el peso pronóstico de la capacidad o no del entorno para aceptar, soportar, acompañar y transformar las dificultades del adolescente. Generalmente sólo la evolución y el tiempo permiten ofrecer un diagnóstico preciso: en ocasiones los trastornos iniciales se resuelven rápidamente o dejan aparecer un movimiento psíquico en el que los problemas únicamente han sido momentáneos o parciales; otras veces, por el contrario, la pérdida de contacto con la realidad se acentúa, el joven muestra estar progresiva o brutalmente impedido para controlar su angustia, sintiendo una inquietud o dificultad

desorganizante. Al conocerse la reversibilidad de los cuadros psicopatológicos del adolescente resulta atractivo tratarlos tempranamente, siendo necesario escudriñar los trastornos en los que se sospecha de una psicosis en potencia.

De Ajuriaguerra (1986) menciona que los procesos propios de la adolescencia revelan la potencialidad psicótica de los principales movimientos de esta fase del desarrollo, donde se exagera la libido sobre el investimento narcisista, en detrimento del investimento objetal. Fromm (1998) por su parte, agrega que la psicosis es un estado de narcisismo absoluto donde el sujeto rompe toda conexión con la realidad exterior y se convierte a sí mismo en su objeto de amor. Al igual que sucede en el niño, el "yo" no puede distinguirse del "no yo", la única realidad que existe es el mismo, su cuerpo, sus sensaciones o sus necesidades.

Para finalizar, la presente relación de la autoestima con algunos cuadros psiquiátricos, ponemos énfasis nuevamente en que como Erickson (1956, citado en Villa, 1997) sugiere no hay que "contemplar la adolescencia como una enfermedad sino como un proceso normativo en que el mayor conflicto es una fluctuación en la fortaleza del Yo, por lo que en una indagación prejuiciada parecería una neurosis, sólo se trata de una crisis derivada del proceso de formación de la identidad" (p: 60). Bion (citado también en Villa, 1997) expresa que durante esta etapa la personalidad presenta muchos rasgos patognomónicos de varias enfermedades mentales, lo cual es enriquecido por Aberastury (1998), pues dice que debemos estar capacitados para detectar la conducta juvenil como algo "seminormal o semipatológico" (p: 45) que frente a un estudio más objetivo aparece como algo coherente, lógico y normal.

La teoría psicoanalítica considera que por efecto de la débil estructura del Yo, en la adolescencia, se debe considerar que los síntomas psiquiátricos, si acaso existen, son vagos, poco definidos y poco estables causando que los pacientes pasen de una categoría a otras.

Materson (1972, citado en Villa, 1997) expone que el dilema psiquiátrico al diagnosticar en la adolescencia emerge de la dificultad clínica para determinar si un adolescente padece una enfermedad psíquica o si bien presenta el cuadro debido a la crisis de la adolescencia.

CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA

2.1 Teoría de la adolescencia

El concepto de adolescencia surge en Occidente a falta de ritos claros que anuncien y marquen el paso de la niñez a la edad adulta, como aún se hace en algunas sociedades llamadas "primitivas", en las cuales el adolescente es expuesto a pruebas de iniciación que, de pasarlas, ofrecen puntos de referencia, con los que "...adquiere un nombre y aprende lo que se debe saber de los valores de la sociedad en la cual tiene reservado un lugar...los ritos de pasaje les permiten asumir algo que los sobrepasa y que es justamente el cuerpo social" (Deluz, en Mannoni, 1996). Un ejemplo de esto, es el expuesto por Deluz, quien habla de las muchachas guros de la Costa de Marfil, quienes tras tener sus primeras reglas son llevadas a aldeas donde sólo hay mujeres, ahí se les cuida, se les alimenta y se les enseñan cantos, posteriormente son trasladadas a un lugar del bosque llamado sabana. En este sitio, considerado como sagrado, son sometidas a un rito de incisión de clitoris, el cual es conocido con el nombre de "yerasa", esta operación significa "hacer salir el sexo", a partir de este momento tienen permiso para tocar objetos sagrados (como lo es la calabaza que es usada para emitir música) y para ir periódicamente a la sabana en donde les enseñan juegos sexuales y a preparar infusiones de hierbas para abortar.

Por otra parte, Goody (en Mannoni, 1996) relata que a los varones senufos de la Costa de Marfil se les inicia al confiarlos a educadores y a grupos que son llevados a un bosque sagrado, esta

iniciación sólo dura dos o tres días, otorgándole al joven un nombre nuevo y conocimientos acerca de los mitos y valores de su sociedad. Actualmente este rito ha ido desapareciendo por la actividad escolar, por lo que no se les reconoce y se les niega autoridad considerándolos como niños o bebés.

Hoy en día, los adolescentes de nuestra sociedad tienen diferentes formas de encarar su paso por la adolescencia, llevando a cabo actividades que pueden asemejarse a los ritos de iniciación, como son: los grafitis, los tatuajes, las perforaciones en el cuerpo y la iniciación sexual, que de acuerdo con Díaz y Hillert (2000), en general funcionan como una marca que los ayuda a diferenciarse con respecto a otros y como una manera de elaborar el duelo por un objeto de amor (los padres ideales de la primera infancia), entre otras cosas.

Es Rosseau uno de los primeros estudiosos que da importancia a la adolescencia y que comunica "al mundo moderno el particular problema humano que se plantea cuando un niño asume las responsabilidades sexuales y morales de la edad adulta" (Kaplan, 1996). Rosseau concebía a la adolescencia como un "segundo nacimiento", argumentando que se nace en dos ocasiones; la primera para la vida y la segunda para la sexualidad.

Los primeros acercamientos al estudio clínico de la adolescencia se remontan a Freud, quien se ocupó de dos casos de adolescentes, Catalina y Norbert Hanold, no obstante, Freud no ofrece un mayor análisis de ellos ni de esta etapa, quizá porque, aún cuando Freud reconoce la importancia que la sexualidad tiene durante la adolescencia, deja de lado su estudio para poner énfasis en la

sexualidad infantil. Stanley Hall fue uno de los primeros en realizar investigación con carácter científico sobre la adolescencia, definiéndola como un periodo de tensión, este autor publica "The Psychology of adolescence" en 1904, con lo que da auge al estudio de esta etapa.

Por otro lado, Aberastury (1988) cita a Anna Freud, cuando señala que diferenciar lo patológico de lo normal en la adolescencia, es una tarea ardua y complicada. Winnicott citado por Mannoni (1996) concuerda con esto y nombra a la adolescencia como un estado "patológico normal", ambos autores refieren que lo anormal en esta etapa sería alcanzar estabilidad, ya que se vería obstaculizado el desarrollo, mostrando cierta inmadurez mental. Winnicott menciona que la adolescencia implica ciertos riesgos, pero también pone énfasis en que sólo dura determinado tiempo siendo éste un "remedio natural", por lo que concluye que a la adolescencia no hay que tratar de curarla, de combatirla o de abreviarla, sino de acompañarla.

Para Dolto (1990) la adolescencia es como una "fase de mutación", la cual se equipara con la fragilidad del bebé y la sensibilidad que tiene ante las miradas y palabras que otros le dirigen. Asevera que en este momento los jóvenes se defienden contra los demás, a través de la depresión y negativismo o como señalan Diaz y Hillert (2000), se exhiben rebeldes: aislándose y mostrando desinterés.

Uno de los mayores retos que enfrentan los adolescentes es el de crearse un lugar dentro de su sociedad, lo que se complica con la dificultad que los adultos tienen para proporcionarles respuestas, esto causa dolor en ambos, no en vano el término adolescencia nos remite

a *doler*, etimológicamente del latín *adolescentis* que significa "hombre joven" y de "adoleceré" (crecer o desarrollarse hacia la madurez).

Brochier (1996) haciendo referencia a Freud, entiende la adolescencia no únicamente como la repetición del complejo de Edipo, sino también como una época donde se pone en duda "...todo lo que el individuo y la sociedad pueden catectizar en el reconocimiento de la diferencia de los sexos".

Villa (1997) cita a Barrera Moncada, quien concibe a la adolescencia como "un periodo de desarrollo del ser humano durante el cual se realiza una serie de cambios o de integraciones biopsicosociales suficientes y necesarios como para que el niño se transforme y asuma el papel de adulto integrado a la sociedad". Ponce (1992) llama adolescencia a "aquel periodo de la vida individual que sucede inmediatamente a la puericia y en el cual la personalidad se reconstruye sobre la base de una nueva cenestesia" (p: 5).

Gesell la define como un periodo preeminentemente rápido e intenso en cuanto al crecimiento físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo (Villa, 1997).

En la literatura se encuentran distintas definiciones de adolescencia por lo que según Cuevas (1991) ha sido necesario utilizar un concepto unificador que empleen la mayoría de los autores; por ello el Grupo para Avances de la Psiquiatría (G.A.P.) define adolescencia como "una etapa del proceso de desarrollo normal del ser humano, que corresponde cronológicamente a la segunda década de la vida y en la que se distinguen dos clases de fenómenos

que la caracterizan: los biológicos y los psicosociales" (en Estrada-Inda y Salinas, 1991: 56). Por otro lado, para Erickson (1993) los aspectos del desarrollo de la adolescencia están más relacionados con los cambios psicosociales que con los estrictamente intrapsíquicos. Cuevas (1991: 57) concluye que "la adolescencia es una fase del desarrollo en la que coinciden fenómenos biológicos y psicológicos orientados a la obtención de la identidad definitiva en las áreas psicológica, sexual, social y cultural del individuo".

Algunos psicoanalistas definen adolescencia como una segunda fase complementaria, luego de las etapas edípicas infantiles del proceso, que lleva a la formación del carácter, a la adquisición de rasgos de la personalidad y a la definición de los aspectos psicosexuales de la identidad; todo esto se relaciona principalmente con la posibilidad de entablar nuevos vínculos sociales.

Casi a la par de que la adolescencia comienza a ser estudiada como una etapa diferenciada del desarrollo, se crea la "Clínica de la Adolescencia" de la División de Consulta Externa del departamento de Psicología del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro", en el año de 1988.

Como parte de las actividades de esta institución se han efectuado investigaciones concernientes a la adolescencia y a la autoestima; encontrándose, entre otras autoras, a Villa (1997) quien titula su investigación "*Autoestima en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta*", el propósito de su trabajo era indagar si había alguna diferencia entre la autoestima de tres grupos de adolescentes cuyo rango de edad oscilaba entre los trece y quince años. El primer grupo estaba conformado por jóvenes diagnosticados

con trastornos de tipo afectivo, principalmente depresión, el segundo era integrado por chicos con un trastorno de tipo conductual y, finalmente, el tercer grupo estaba constituido por adolescentes captados en una secundaria que no tenían un diagnóstico. A los tres grupos se les aplicó el Inventario de Autoestima de Coopersmith, estandarizado por Verduzco para adolescentes mexicanos. Al no haber encontrado diferencias significativas en el nivel de autoestima entre los tres grupos, la autora concluye que el bajo nivel de autoestima es una constante en la etapa de la adolescencia. Ramírez (1998) por su parte, exploró las características del autoconcepto en adolescentes con intento suicida, a través de la aplicación de la escala de autoconcepto de Tennessee en una población con un rango de edad de trece a diecisiete años, encontrando que, en general, los adolescentes que habían intentado el suicidio se autodescriben severamente, se muestran inseguros, ansiosos, insatisfechos con su imagen y sus valores ético-morales, percibiéndose no deseables por los otros y con problemas familiares, entre otras cosas.

2.2 Aspectos fisiológicos de la adolescencia

Peter Blos (1993), señala que el término "pubertad" hace referencia a los cambios fisiológicos y morfológicos que aparecen en la maduración sexual y que, en cambio, "adolescencia" indica los cambios psicológicos que pueden o no relacionarse directamente a la pubertad. Especifica que estos cambios fluctúan en cuanto a su aparición, curso y finalización, por lo que resulta difícil llegar a un acuerdo sobre la edad en la que surgen. Sin embargo, la adolescencia es reconocida principalmente por los cambios biológicos que en ella se presentan. La pubertad es el proceso que lleva a la

madurez sexual y a la capacidad de reproducción, pues durante la infancia hay una baja segregación de andrógenos (hormonas masculinas) y estrógenos (hormonas femeninas) la cual se incrementa al llegar a la adolescencia, lo que provoca modificaciones a nivel físico (Hoffman, 1996).

Dolto (1990), dice que el crecimiento corporal de los adolescentes, entre los 12 y 13 años, sobre todo en los varones, no es armónico, pues sus extremidades son muy largas y el tronco muy pequeño, siendo las facciones del rostro muy toscas: la nariz se achata y sus orificios se dilatan, entre otras cosas. Este crecimiento disparejo es llamado por Hoffman (1996) "asincronía".

Todos los cambios biológicos son desencadenados por secreciones hormonales; en las muchachas estas secreciones dan como resultado el crecimiento de los senos, el ensanchamiento de la cadera, pilosidad púbica y axilar, aumento acelerado de estatura y peso, redondeamiento de las formas por la distribución de la grasa en el bajo vientre y en los muslos, así como la maduración de las características sexuales secundarias. Por su parte, en los varones se incrementa la estructura ósea, aumenta el tamaño de sus órganos sexuales, aparece vello púbico, la voz se vuelve más grave, aparecen las eyaculaciones, se desarrollan los músculos y con ellos la fuerza, surge vello en el rostro y la manzana de Adán se hace más prominente. Algunos autores mencionan que el inicio de la pubertad es más evidente en las mujeres con el advenimiento de la menstruación, ya que se ven obligadas a comunicarlo a alguien más, generalmente a sus madres. Por el contrario, en los hombres no es tan fácil observar alguna evidencia determinante, sin ayuda médica. Es importante indicar que, tanto en las mujeres como en los varones,

también se dan cambios en la circulación, el pulso, la presión sanguínea y la composición química de la sangre, modificándose el metabolismo de la respiración y energía, así como la función excretora.

Ponce (1992), asegura que existen muchas y variadas alteraciones indicadoras de que el organismo del adolescente se dirige a la maduración y que esta transformación no sólo es por efecto de la secreciones glandulares internas, sino que también se debe al desarrollo de la "totalidad de los tejidos del cuerpo"(p: 23), especialmente los tejidos nerviosos.

Algunos investigadores han tratado de explicar la relación que existe entre los cambios biológicos que producen las hormonas y la conducta del adolescente. Brooks-Gunn citado por Papalia (1999), señala que las hormonas se encuentran íntimamente ligadas a las emociones, primordialmente a la agresión en los varones y a la agresión y depresión en las mujeres. No obstante, Hoffman (1996) aclara que este tipo de poder de las hormonas no ha sido comprobado, ya que también se hayan en juego aspectos sociales que influyen en el comportamiento que adopta el adolescente. Parece ser que el comportamiento del adolescente es más bien derivado de la interacción entre factores biológicos, sociales y afectivos.

Ramírez (1998) apunta que el intercambio del organismo en desarrollo con el medio ambiente, da como resultado la aparición de caracteres sexuales terciarios que se traducen en "actitudes corporales" propias de cada sexo, que el adolescente va adquiriendo y provocan modificaciones en su aparato psíquico.

Papalia (1999) dice que antes del siglo XX los niños entraban al mundo adulto al madurar físicamente o cuando empezaban a aprender algún oficio, pero que actualmente el inicio a la adultez es menos claro. A finales del siglo XIX la mayoría de las adolescentes presentaban la menarca entre los catorce y los quince años de edad, pero hoy en día la tienen entre los once y los doce años, lo que posiblemente es causado por una mejor nutrición y menos enfermedades. Por otro lado, en los varones del siglo XVIII el cambio de voz ocurría un poco después de los diecisiete años, aproximadamente tres años más tarde que en la actualidad (Hoffman, 1996).

Al adolescente le resulta difícil integrar las alteraciones de su cuerpo, pareciéndole unas veces extraño y otras incómodo, viviéndolo como poco familiar. Al no comprender como transitorias las primeras manifestaciones de los cambios sexuales secundarios, se preocupa ante la posibilidad de que este estado sea permanente. Algunos chicos suelen angustiarse frente al poco control que tienen sobre su cambio de voz, al igual que lo hacen las muchachas ante el desarrollo de sus caderas y senos (Moraleda, 1999). El incremento en la actividad de las glándulas sebáceas vuelve la piel, tanto de hombres como de mujeres, más gruesa y aceitosa, dando paso a la aparición de espinillas y puntos negros, los cuales, sea dicho de paso, representan un sufrimiento para los adolescentes (Papalia, 1999).

Los cambios precoces o tardíos afligen al adolescente y a su familia, pues se han encontrado en este tipo de fenómenos ciertas implicaciones psicológicas. Papalia (1999) apunta que algunos estudios concuerdan con que una maduración temprana en los varones los caracteriza con un mayor equilibrio, calma, amabilidad, popularidad entre sus pares, tendencia al liderazgo y menor

impulsividad que quienes maduran más tarde. Otros estudios hallaron que buscan ser más agradables, son más prudentes y se adhieren más a las normas y rutinas. Al adolescente le es grato madurar tempranamente, pues al ser más fuerte tiene un mejor rendimiento en actividades deportivas, logrando una imagen corporal positiva, lo que beneficia su autoestima. Además, se ven favorecidos al crecer al mismo tiempo que las niñas de su edad. Por el contrario, los adolescentes cuyo desarrollo es tardío, tienden a sentirse desadaptados, rechazados, dominados, siendo más dependientes, agresivos e inseguros. No obstante, pueden disfrutar de una niñez más prolongada, que les proporciona más tiempo en el que no tengan que lidiar con las exigencias de la adolescencia.

Por otra parte, las niñas que maduran de manera temprana se inclinan poco por socializar, por ser poco expresivas y equilibradas; son más introvertidas y tímidas, teniendo una actitud más negativa hacia la menarca. Papalia (1999) menciona que los resultados de la investigación hecha por Alsaker y colaboradores, arrojan datos de que estas chicas son más propensas a poseer una imagen deficiente de su cuerpo y una autoestima más baja que las que maduran después. Pero, en la investigación realizada por Brooks-Gunn en 1988 se encontró que el grado de maduración por sí mismo no influye en la autoestima, sino que ésta se relaciona más directamente con el medio ambiente en el que se encuentra inmersa la niña. Las chicas que presentan precozmente la menarquía pueden vivirla como una desorganización, tal vez porque están menos preparadas o quizá porque se sientan diferentes a sus amigos.

Anna Freud (1984), postula que todas las transformaciones orgánicas propias de la pubertad influyen en la conducta, pues llevan

a reevaluaciones y cambios en las actitudes hacia la propia imagen del sujeto y la manera como percibe a los otros. Esto también puede acarrear respuestas de quienes lo rodean, principalmente de los padres, los que modifican los parámetros de exigencia, su disposición a ayudarlo y protegerlo, además la percepción que poseen de sí con respecto a su hijo. Moraleda (1999), asume que "el cuerpo representa al individuo...es símbolo del yo, de la personalidad...es la frontera entre el yo y el mundo...", el cuerpo es, entonces, para Moraleda un estímulo social que se convierte en uno sexual en la preadolescencia.

2.3 Aspectos Intelectuales de la adolescencia

Piaget es considerado el principal teórico cognoscitivista, él señala la existencia de diferentes etapas del desarrollo intelectual, a través de las cuales el individuo debe alcanzar ciertos logros para poder pasar a la siguiente, lo cual trae consigo una evolución del pensamiento. Concretándonos a la etapa adolescente, Piaget señala que en ella se entra al nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo, ya que se adquiere "el pensamiento formal", que implica la capacidad para pensar en términos abstractos.

Alcanzar el nivel de las operaciones formales da la posibilidad a los adolescentes de contar con una nueva manera para manejar la información, pues el pensamiento se vuelve más flexible y complejo. Los chicos ya no se limitan a pensar con lógica sólo cuando tienen enfrente algo concreto sobre lo cual desarrollar su pensamiento, sino que ahora pueden manejar abstracciones y son capaces de aplicar el razonamiento hipotético deductivo; ven posibilidades; realizan una serie de combinaciones de variables, ideas o proposiciones; crean y comprueban hipótesis y obtienen la capacidad de trabajar con

conceptos puramente verbales. También poseen la habilidad para diferenciar la forma del contenido y analizar el tipo de razonamiento de las frases.

Tener este tipo de pensamiento ofrece muchas opciones a los jóvenes, como la capacidad para analizar doctrinas políticas, filosóficas y religiosas y que, a veces, formulen sus propias teorías para reformar la sociedad. Los adolescentes no sólo buscan conocer cómo es el mundo, sino que toman conciencia de cómo podría ser. No obstante, a menudo no saben reconocer entre tener un ideal y buscarlo.

El nuevo proceso de razonamiento que el adolescente ha alcanzado funciona para todo tipo de problemas, pues ahora está mejor preparado para integrar lo que aprendió en el pasado con las situaciones presentes y la planeación del futuro (Papalia, 1999). Según Piaget, las modificaciones internas y externas en la vida del sujeto se mezclan para que se de la madurez cognoscitiva. Por una parte, el cerebro ha madurado, y por otra, el ambiente social es mayor y brinda un campo más amplio para la experimentación. Es importante mencionar que la interacción entre ambos es indispensable, porque si el desarrollo neurológico de un chico ha avanzado lo necesario para llegar a la etapa de las operaciones formales, puede que nunca lo logre si no recibe estímulos sociales y educativos que lo impulsen a ello. Siguiendo a Dellarossa (1979) la oportunidad de enriquecerse a través de la experiencia instituye el "proceso del aprendizaje", el cual demanda las capacidades del sujeto, por lo que cualquier deficiencia causada, ya sea por una limitación en el desarrollo de las funciones mentales o por conflictos que pueden inhibir o distorsionar por periodos variables esas capacidades, se convertirá en dificultades de mayor o

menor grado en la capacidad de aprender. "Es el Yo el que aprende, pero es también el Yo mismo el que es cambiado y moldeado por la experiencia del aprendizaje" (Mennaker, 1968; citado en Dellarossa, 1979: 44).

El sujeto sólo puede almacenar en su mente las representaciones de los hechos externos para elaborar con ellos sus esquemas y conceptos, con sus valores y relaciones. Entonces, al incorporar nuevas representaciones de valores el Yo mismo sufrirá cambios. Cuando los valores anteriores dejan de ser operantes al observar los hechos desde nuevos puntos de vista, se desploman algunos y se construyen nuevos a partir de esa experiencia. "La esencia misma del Yo, en cuyo seno se dan estos cambios, participa de estas desestructuraciones y reestructuraciones" (p: 44).

Piaget (1984) nos dice que cuando el adolescente accede a las operaciones formales también logra penetrar al mundo de los adultos, pues consigue su mismo nivel de pensamiento, tendiendo a sentirse superior debido a su narcisismo o egocentrismo, considerando que sus padres no saben hacer todo bien. Elkind, quien es citado por Papalia (1999), utiliza el término "mito personal" para referirse a la creencia que poseen los adolescentes de que son seres especiales, que lo que experimentan es único y que ellos están exentos de fallas y de acatar las normas a las que están sujetos los demás. De igual manera, esta nueva capacidad posibilita que el adolescente se vaya dando cuenta de que las personas que una vez admiró no son tan extraordinarias como lo suponía, sintiendo la necesidad de evidenciar las fallas que va encontrando en las figuras de autoridad.

Aún cuando el adolescente ocupa parte de su tiempo reflexionando sobre el pensamiento de los demás, también es capaz de volverse sobre el propio, fracasando en ocasiones al confundirse entre lo que él y los otros piensan. Los adolescentes, según Papalia (1999), tienen dificultad para organizar su mente, incluso con las cosas más sencillas, pues ahora son conscientes de que existen muchas opciones, es por esto que les resulta complicado tomar decisiones; actuando frecuentemente con rapidez e impulsividad. Generalmente los jóvenes usan la discusión como una forma de practicar sus nuevas habilidades para explorar los distintos matices de un tema y dar su punto de vista acerca del mismo.

El estudio de Dimant, citado por Papalia (1999), muestra que la interacción entre los compañeros puede ayudar en el avance de la madurez cognoscitiva, ya que los adolescentes pueden comparar sus respuestas frente a diversas situaciones, lo que los lleva a una retroalimentación en sus procesos de razonamiento. Según Moraleda (1999), otro aspecto vinculado al pensamiento es el desarrollo del lenguaje, el cual también se ve favorecido por el pensamiento abstracto, pues el chico empieza a expresarse con estructuras cada vez más complejas; el que el individuo sobrevalora su estilo es un modo de compensar sus sentimientos de inferioridad y de remarcar su estatus de adulto. Courage citado por Moraleda (1999), halló que los adolescentes imitan la forma de hablar de ciertos adultos, principalmente la de aquellos que los medios de comunicación difunden, utilizando, incluso, palabras que no comprenden o que no tienen que ver con el discurso que están llevando a cabo.

Por otra parte, se han realizado investigaciones dentro de este rubro, como la llevada a cabo en el Hospital Psiquiátrico de la Habana

(1995), donde se aplicaron pruebas psicológicas para medir el grado de pensamiento abstracto en 200 adolescentes entre los once y doce años de edad, con el fin de explorar la relación entre el desarrollo físico y el intelectual, encontrando que no todos los adolescentes adquieren el pensamiento lógico formal a la par de su maduración sexual y de la influencia del ámbito psicológico y social.

Otros autores, entre los que encontramos a Gibello (en Mannoni, 1996), señalan que los adolescentes cuentan con la estructura formal del pensamiento, pero no la utilizan o utilizan poco, ya que existe una dificultad para organizar el razonamiento que es acompañada por problemas en la simbolización, lo que altera las representaciones del espacio, del tiempo, de la palabra, de los gestos y de sí mismo y que son manifestados a través de síntomas. Añade, que cuando estos síntomas no son escuchados se producen fracasos escolares que motivan a los padres a buscar ayuda. Bion, citado por Gibello, dice que para pensar es necesario que el Yo sea capaz de soportar las frustraciones y que al no poder hacerlo, toda actividad intelectual se vuelve una persecución. Gibello, estando de acuerdo con Bion, argumenta que una vez que se da el fracaso académico es fácil que éste se repita y marque la vida del niño, pues en nuestra sociedad se le ha encomendado a la escuela la tarea de trabajar las capacidades intelectuales y se le ha relegado la responsabilidad de insertar a sus alumnos a la sociedad, siendo una fuente importante que posibilita la edificación de la imagen de uno mismo. Ante el fracaso los sujetos sufren de rechazo institucional y de un golpe a su narcisismo, lo cual intentan contrarrestar con conductas rebeldes y opositoras.

Finalmente, el grupo de trabajo de Aberastury (1988) concluye que el adolescente muchas veces se ve obligado, por su sentimiento

de culpa, a pasar de un pensamiento altamente libidinizado a la inhibición del mismo o a la intelectualización. De acuerdo con Gibello (en Mannoni, 1996) mencionan que el adolescente falla al simbolizar confundiendo "el símbolo y lo simbolizado", tratando de encontrar explicaciones en el plano biológico; pero cuando la confusión es extrema niegan la existencia de su realidad biopsíquica, actuando roles fantaseados.

2.4 Aspectos psicológicos de la adolescencia

En cuanto a los aspectos psicológicos de la de adolescencia, Blos nos presenta una aproximación esquemática dividida en seis diferentes etapas, explicando lo que ocurre en cada una de ellas. Sin embargo, enfatiza que el desarrollo del adolescente es tan complejo que no debe esperarse que esto ocurra de manera ordenada y lineal, pues dicho desarrollo "suele progresar siguiendo los rodeos de la regresión" (Blos, 1993: 29). Por lo anterior, nos basaremos en su teoría para hablar del desarrollo psicológico del adolescente, al mismo tiempo que iremos mencionando las aportaciones provenientes de otros autores.

Aunque Blos (1975) no incluye a la latencia dentro de la adolescencia, si la considera un periodo determinante, pues le ofrece al niño la adquisición de funciones yoicas que le permiten encarar el aumento de los instintos que trae consigo la pubertad. Blos explica que no es que existan nuevas metas instintivas, sino que lo que ocurre es un incremento del control yoico y superyoico. Estas funciones yoicas comprenden la percepción, la memoria, el aprendizaje, la autoconciencia, la capacidad para distinguir entre la fantasía y la realidad, la tolerancia a la tensión y la habilidad para prever, las que al

lograrse permiten al niño dejar de utilizar el cuerpo como medio de expresión aumentando con ello la posibilidad del uso de la expresión verbal, demostrando un fortalecimiento y autonomía del Yo. Este mismo autor considera la latencia como un requisito para poder entrar a la adolescencia y que si éste no es cubierto pueden darse, en los niños, la intensificación de sus deseos y conductas infantiles regresivas que no estén al servicio del desarrollo progresivo.

En este periodo, se van sustituyendo las relaciones objetales por identificaciones, donde la catexis es desplazada de un objeto externo a uno interno, cambiando la fuente de donde obtienen la valoración que tienen de sí mismos: remplazando lo que los padres les hacen percibir por la autovaloración de sus propios logros y la aprobación social. Estas internalizaciones les permiten regular su estimación. De acuerdo con Blos, para llegar a la adolescencia, es necesario que el individuo halla alcanzado primero un determinado desarrollo físico e intelectual, que le otorgue cierto grado de independencia y control sobre el ambiente y que, junto con el Yo, opongan mayor resistencia a la regresión y desintegración.

Por otra parte, para Solnit, Call y Feinstein el concepto de que en la latencia los impulsos sexuales están inmóviles o no se manifiestan está equivocado y señalan que la sexualidad entre los cinco y diez años de edad se expresan "en modalidades polimorfo-perversas" (en Estrada-Inda y Salinas, 1990: 43).

Anna Freud también reconoce el periodo de latencia, al que nombra como la "disminución post-edípica de la urgencia instintiva, y la transferencia de la libido de las figuras parentales hacia los contemporáneos, los grupos comunitarios, los maestros, los líderes, los

intereses impersonales y los intereses sublimados de objetivos inhibidos, acompañados de manifestaciones fantásticas que proveen evidencia de desilusión, con -y denigración de- los padres (romance familiar fantasías de los gemelos, etc.)" (Estrada-Inda y Salinas, 1990: 44).

La preadolescencia es la primer etapa que Blos propone, explicando que en ella se intensifican las pulsiones libidinales y agresivas, las que son vertidas indiscriminadamente sobre los estímulos. En este periodo se da el resurgimiento de la pregenitalidad con lo que se pone fin a la etapa de latencia y con esto adviene la preocupación por el cuidado e integridad de sus órganos sexuales que gracias a la utilización de defensas como la intelectualización, la formación reactiva, el desplazamiento y la represión, los preadolescentes no les atribuyen la posibilidad de relacionarse amorosamente ni de obtener satisfacción a través de ellos. El resurgimiento de la angustia de castración lleva a los preadolescentes a desear alejarse de la madre preedípica, lo que hombres y mujeres hacen por caminos distintos, ya que los varones se alejan del sexo opuesto al juntarse solamente con muchachos. Por su parte, las muchachas tienden a buscar relaciones heterosexuales pues "en las muchachas prepuberales, el apego hacia la madre representa mayor peligro que el apego hacia el padre." (Blos, 1975). De sucumbir ante las fantasías y sexualidad preedípicas el curso de la adolescencia se vería desviado. Entonces, la preadolescencia tiene como objetivo brindar un periodo de espera antes de encarar el conflicto edípico genital con el que se da inicio a la adolescencia (Fernández, 1986).

Blos señala que la adolescencia temprana se caracteriza por la tendencia a buscar objetos externos a la familia, para poder alejarse de las relaciones incestuosas. Al retirar la libido, de los objetos primarios,

ésta queda suspendida y en espera de un nuevo objeto en el cual depositarse, objeto que en los varones frecuentemente son los amigos y que, por efecto del narcisismo, el adolescente busca en éstos características que él no tiene y que desearía poseer. Estas relaciones idealizadas se rompen cuando surgen en ellas sentimientos erotizados o también cuando el adolescente se da cuenta de que su amigo es un ser ordinario. Freud (1914), señala que características de esta relación idealizada son conformadoras del ideal del Yo y que de haber una fijación se hallaría la expresión de una homosexualidad latente. El varón pierde su femineidad (la madre), que debe recuperar por identificación, pero ahora como objeto desexualizado, al mismo tiempo que descubre su desarrollo físico y genital junto con sus impulsos libidinosos genitales que requiere posponer. "la percepción de sus cuerpos e impulsos le hacen prever que la masculinidad no es lo perdido con el crecimiento, sino lo nuevo peligroso que realmente puede perder" (Fernández, 1986). En esta etapa se forman rasgos de carácter que, por un lado, posibilitan la elaboración del duelo (por el sexo perdido) y, por otro, la progresiva aceptación de su identidad sexual. Estas identificaciones generalmente se manifiestan en rasgos pasivos-compulsivos o como inhibiciones, irresponsabilidad, machismo, fanfarronería, masturbación, etc. Estos rasgos dan paso a mecanismos más regresivos que forman síntomas por dos motivos: el primero por la presión cultural contra los rasgos de carácter y el segundo por la exposición de los genitales, tanto a la percepción y estimulación como a la castración. Por lo anterior, no resulta extraño que la defensa contra la angustia de castración sea un rasgo de carácter que trate de mantener todo "adentro y muy controlado", siendo las neurosis pasivo-compulsivas y las fobias las más frecuentes en los adolescentes tempranos.

ésta queda suspendida y en espera de un nuevo objeto en el cual depositarse, objeto que en los varones frecuentemente son los amigos y que, por efecto del narcisismo, el adolescente busca en éstos características que él no tiene y que desearía poseer. Estas relaciones idealizadas se rompen cuando surgen en ellas sentimientos erotizados o también cuando el adolescente se da cuenta de que su amigo es un ser ordinario. Freud (1914), señala que características de esta relación idealizada son conformadoras del ideal del Yo y que de haber una fijación se hallaría la expresión de una homosexualidad latente. El varón pierde su femineidad (la madre), que debe recuperar por identificación, pero ahora como objeto desexualizado, al mismo tiempo que descubre su desarrollo físico y genital junto con sus impulsos libidinosos genitales que requiere posponer. "La percepción de sus cuerpos e impulsos le hacen prever que la masculinidad no es lo perdido con el crecimiento, sino lo nuevo peligroso que realmente puede perder" (Fernández, 1986). En esta etapa se forman rasgos de carácter que, por un lado, posibilitan la elaboración del duelo (por el sexo perdido) y, por otro, la progresiva aceptación de su identidad sexual. Estas identificaciones generalmente se manifiestan en rasgos pasivos-compulsivos o como inhibiciones, irresponsabilidad, machismo, fanfarronería, masturbación, etc. Estos rasgos dan paso a mecanismos más regresivos que forman síntomas por dos motivos: el primero por la presión cultural contra los rasgos de carácter y el segundo por la exposición de los genitales, tanto a la percepción y estimulación como a la castración. Por lo anterior, no resulta extraño que la defensa contra la angustia de castración sea un rasgo de carácter que trate de mantener todo "adentro y muy controlado", siendo las neurosis pasivo-compulsivas y las fobias las más frecuentes en los adolescentes tempranos.

Las adolescentes atraviesan por esta etapa de manera un poco distinta, pues si bien la amistad juega un papel importante también lo es la idealización, que puede ser lo mismo de un hombre que de una mujer, mostrando así su bisexualidad. El objeto que es elegido puede tener cierta semejanza o una total diferencia con los padres. La persona idealizada es amada en forma pasiva, deseando obtener de ella atención y afecto o también para sentir afectos eróticos o sexualizados. Fernández (1986) plantea que, para la mujer, la primera menstruación viene a confirmar la pérdida del pene de la fantasía bisexual, al mismo tiempo que se presentan en ella impulsos polimorfo-perversos y sádicos que expresan su femineidad, despertando los procesos de identificación, las ansiedades de pérdida y las ansiedades ante lo nuevo de carácter persecutorio. En esta fase el conflicto estaría entre el surgimiento de los instintos y sus fantasías y el Yo que es apoyado por el Superyo y la cultura. La finalización de la adolescencia temprana está determinada por la renuncia a la bisexualidad, lo que es promovido en la medida que se tenga accesibilidad a los padres; principalmente a la figura materna. Respecto a esto, Freud (1914) menciona que las mujeres narcisistas, durante su pubertad, se desarrollaron como varones, pero ante el surgimiento de su femineidad tienden a buscar la continuación "del ser varonil que una vez fueron".

Fernández (1986) desarrolla la idea de que la pubertad posee una doble finalidad; elaborar la pérdida de objetos externos y permitir la espera de la gratificación, formando, así, rasgos de carácter que se manifiestan de un modo distinto en hombres y mujeres, debido a la influencia que ejerce la cultura.

Muss (1994) sostiene que el adolescente puede fracasar al tratar de liberarse de la dependencia que lo une a sus padres o al intentar

renunciar a las fuertes relaciones de amistad con individuos de su propio sexo, pues pueden provocar una inversión del objeto sexual. Las consecuencias de tales fracasos pueden derivarse en una neurosis, puesto que estas situaciones interferirán con la elección de un objeto de amor heterosexual. En general, estos cambios permiten al adolescente empezar la búsqueda de la heterosexualidad y entablar relaciones más estables, con lo que se da inicio la adolescencia propiamente dicha.

Aunque al finalizar la etapa de la adolescencia temprana ya se comienza a renunciar a la bisexualidad esto, junto con el abandono del narcisismo, se dan de manera más clara durante el período de la adolescencia propiamente dicha, siendo estos dos procesos sus características, las que posibilitan la búsqueda del amor heterosexual al haber un desprendimiento de los objetos infantiles de amor. Con el abandono de los objetos parentales, la libido retorna al self para producir un narcisismo que lleva al adolescente a una sobrevaloración y evaluación de sí, lo que causa la exaltación de sus sentidos, la creatividad y el oposicionismo hacia la autoridad. El movimiento libidinal, hacia los objetos o hacia el cuerpo, provocan estados depresivos en el adolescente, por lo que tiene la necesidad de incorporar nuevos objetos que además de alejarlo de los anteriores, que ahora son considerados como "malos", son sustituidos por otros "buenos", retomándose la oralidad, al haber una "regresión transitoria a la fase oral-incorporativa (alimenticia) del desarrollo" (Benedeck citado en Blos, 1975).

El desapego de la figuras primarias proporciona una connotación positiva a esta fase narcisista, pues al estar al servicio del Yo, produce un resultado adaptativo y progresivo. En la adolescencia

se encuentran dos conflictos principales que, durante esta etapa, buscan resolución: el resurgimiento del complejo de Edipo y la separación de los padres. Estos conflictos son acompañados por el sentimiento de duelo y el "estar enamorado". El enamoramiento y la manifestación de la creatividad del adolescente, le permite ir ajustando su narcisismo al entrar en juego el juicio de la realidad, a su vez el adolescente realiza ligazones heterosexuales que van definiendo su rol e identidad sexual, incluyéndolo en el ámbito social.

Fernández (1986) comenta que la presión social, que ayudaba a las mujeres a postergar la aceptación de su identidad sexual, termina en esta etapa creándole una situación difícil, al deber enfrentar el conflicto edípico genital, lo que la expone a la formación de síntomas más evidentes entre los quince y los dieciocho años. Por el contrario, los hombres llegan mejor preparados a este período, dado que sus rasgos de carácter no han sido tan defensivos, pues a los doce o trece años, generalmente, se ven presionados a aceptar su identidad sexual masculina, rechazando sus rasgos femeninos. Es así, que los rasgos de carácter y el grupo de amigos se utilizan como un objeto transicional para elaborar el duelo de la adolescencia, "la pérdida de la bisexualidad fantaseada y la aceptación de la bisexualidad real", cambiando de esta manera, el conflicto de pregenital a genital.

La adolescencia tardía es la fase final de la adolescencia, en ella se espera que se de la consolidación de la personalidad y con ello que el individuo alcance la integración social, la estabilidad en sus emociones y la autoestimación. Es en esta etapa donde el chico debe ir resolviendo cuestiones determinantes en su vida, pues le son imprescindibles para poder pensar en lograr la autorrealización. También es importante señalar que el Yo alcanza un equilibrio al

contar con más áreas libres de conflicto; es un Yo más integrado y fuerte al tener representaciones más o menos constantes. En la adolescencia tardía se vuelve irreversible la posición sexual alcanzada en la adolescencia propiamente dicha. No obstante, este también es un periodo de crisis donde se pone a prueba la capacidad integrativa del individuo, que de no ser suficiente, provoca deformaciones en las funciones del Yo, fracaso al intentar adaptarse y puede aparecer una psicopatología más o menos grave. En resumen, la adolescencia tardía es un momento en el cual se lucha con los residuos de conflictos de etapas anteriores, tratando de mejorar su conclusión por diversas vías.

Finalmente, la postadolescencia es una fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta, por lo que Blos (1975) señala que el postadolescente también puede ser llamado "adulto joven". A pesar de que el adulto joven a logrado sobrellevar y resolver algunos conflictos de la adolescencia, le falta armonizar estos logros, los cuales conformarán parte de su personalidad. Esta integración va acompañada de elección de trabajo, del matrimonio, de la maternidad y paternidad, así como de la actividad social. El postadolescente lleva a cabo una revisión de antiguas identificaciones que en su momento rechazó, tomó como provisionales o aceptó, decidiéndose por aquellas que le proporcionen un sostén para la edad adulta. Blos (1975), en su trabajo terapéutico con adultos jóvenes, se percató que para que el hombre pueda alcanzar la madurez tiene que conciliarse con la imagen de su padre, a la vez que la mujer lo debe hacer con la imagen materna, de no ser así pueden darse deformaciones yoicas, regresiones o un quiebre con la realidad.

Como se pudo observar a través de este apartado, el duelo es un concepto que resulta esclarecedor al hablar de adolescencia, pues es algo que se tiene que ir elaborando paulatinamente en toda esta etapa. Se entiende por duelo un proceso difícil que realiza el Yo consciente e inconscientemente por la pérdida de un objeto. El duelo constituye uno de los fenómenos más comunes de la vida. Es importante, pues redefine el desarrollo, apareciendo ante cualquier pérdida y causando una "reconfiguración objetal". Su elaboración (reconstrucción) se basa en las posibilidades del individuo ante el cambio; este cambio sólo ocurre si el sujeto está decidido a renunciar a la estructura que pensaba poseía. El duelo tiene dos tareas primordiales; la lucha por la reconstrucción de su realidad psíquica (su mundo interno) y la reconstrucción de sus vínculos objetales (su mundo externo), los cuales dependen de la lucha por la identidad. Este proceso va acompañado por fantasías que incluyen partes del Yo, porque la persona no solamente siente que pierde sus objetos, sino también partes de sí mismo. Fernández (1986) puntualiza que en la pubertad el duelo se centra en el cuerpo; en la adolescencia media en la identidad sexual y la nueva forma de pensar; y en la adolescencia tardía en los roles sociales. El adolescente no es el único que atraviesa por el duelo, pues también lo hacen sus padres al perder a su hijo pequeño, ubicándose la adolescencia como un fenómeno familiar y social.

Cabe resaltar, que dentro de la adolescencia ninguna fase es completamente resuelta, pues siempre se llega a las etapas subsecuentes con residuos, los que formarán parte de los rasgos de carácter, transformándose en partes del Yo, siendo éste último la instancia donde se consolida la adolescencia.

Al encontrarse altamente comprometido, el Yo necesita defenderse de las pulsiones que emergen con fuerza por lo que recurre a los mecanismos de defensa, Anna Freud considera como propios de esta etapa a la intelectualización y al ascetismo, que aunque ya habían aparecido antes, en este periodo cobran una importancia específica. La intelectualización se refiere al interés por conocimientos que operan al servicio de la defensa, ya que permite, a través del control del pensamiento, desplazar la descarga de agresión. Por otro lado, el ascetismo es el mecanismo de defensa que utiliza el Yo para controlar las pulsiones involucrando al cuerpo, llegando a presentar matices de masoquismo, ya que los adolescentes se autoimponen restricciones que les permiten evitar el placer.

Anna Freud (1936) describe las relaciones de objeto en la etapa adolescente, explicando que "...nada es eficaz en este caso, salvo el completo apartamiento de las personas que fueron los más importantes objetos amorosos del niño, estos es, los padres. El joven libra esta batalla contra los padres de diversas maneras: mostrándose abiertamente indiferente a ellos —negando que sean importantes— despreciándolos, puesto que es más fácil prescindir de ellos si se los denuncia tildándolos de estúpidos, inútiles e ineficaces, o mostrándose abiertamente insolente y rebelde ante sus personas, las creencias y conformidades que representan. El hecho de que estas reacciones alternen con regresiones al desvalimiento y la dependencia por parte del joven no les facilita las cosas a los padres. Evidentemente, tienen que afrontar una doble tarea: ser poco susceptibles, reservados y mostrarse dispuestos a pasar a un segundo plano, pero estar preparados en cualquier momento para pasar a ser comprensivos, considerados, atentos y serviciales como en épocas anteriores... Cuanto más estrecha haya sido anteriormente la relación entre padre

e hijo, más amarga y violenta será la lucha de éste para independizarse de aquél en la adolescencia". Pues, como dicen Díaz y Hillert (2000), la adolescencia es una etapa entre la independencia infantil y la dependencia del adulto, relacionando esto con la función del deseo "El sujeto adviene sujeto del deseo en la medida en que él mismo fue deseado, pero es preciso abandonar esa radical alineación al deseo del Otro para autorizarse a desear algo por uno mismo con una relativa distancia de lo que desearon para él". Así, la adolescencia es considerada por estas autoras como una "metamorfosis", donde el sistema infantil de valores es reemplazado por uno adulto, lo que significa que se ponen en tela de juicio los valores de los padres, eligiendo los propios. Siendo este el momento indicado para que se de entrada a la responsabilidad. No obstante, siguiendo a Trejo (1996), al agudizarse la oposición hacia los adultos hay quienes no pueden llegar a tener un marco ideológico propio, marginándose socialmente, cayendo en la delincuencia, el consumo de drogas, etc.

2.5 Aspectos sociales de la adolescencia

La identidad es un aspecto importante dentro del desarrollo adolescente, ya que se supone que al final de este período se logra precisamente esta identidad personal. Erickson (1978) reconoce no haber dado hasta el momento una definición clara del término "identidad" y que éste ha sido utilizado indiscriminadamente, es así que cuando este autor habla, entre otras cosas, de sentimientos de individuación, aspiraciones inconscientes, solidaridad con los ideales del grupo y sobre todo del sí mismo está hablando de identidad. Por otra parte, Fernández (1986) apunta que al lograr unir y equilibrar las expectativas propias con las de la sociedad en la que se vive, se alcanza la integración de la identidad. Nombra también tres

componentes que la constituyen: la unidad (necesidad del Yo de integrarse y diferenciarse como una unidad, lo que corresponde al cuerpo y esquema corporal); la continuidad (necesidad del Yo de integrarse en el tiempo, que implica cuerpo y pensamiento); y la mismidad (necesidad de reconocerse en el tiempo, espacio y, sobre todo, de ser reconocido por lo demás).

Para Erickson (1978) la crisis de identidad tiene un fundamento social, ya que argumenta que el individuo debe encontrarse a sí mismo dentro de la sociedad en la que vive, pues todo sujeto para formar y fortalecer su Yo depende en un primer momento de sus padres y posteriormente de la sociedad.

El adolescente requiere que su entorno sea congruente en sus normas y pautas de comportamiento para que éste le sirva de modelo, de lo contrario el joven negará toda autoridad al sistema e intentará reformarlo o escapar de él.

A la identidad también la consolidan elementos psicosociales, ya que según Erickson (1978) "...las biografías están inextricablemente entrelazadas con la historia", pues esta crisis se manifiesta en diversos niveles, dependiendo de la cultura y del periodo histórico en que el chico está inmerso: en ocasiones la crisis será casi imperceptible, pero en otras se verá exacerbada.

El adolescente se haya presionado por los acontecimientos que están fuera de él y por las expectativas culturales, las cuales interioriza desde la infancia y lo ayudan a estructurar su Yo y Superyo, al mismo tiempo que lo preparan para las interacciones sociales primero como niño, luego como adolescente y finalmente como adulto. Según

Camerón (1982) parte del estrés y de la tensión internos, se dan a partir de las condiciones de la vida en grupo, en las que se trata de alcanzar estabilidad entre "la necesidad del grupo y las necesidades de la persona, entre la armonía del grupo y la satisfacción personal, entre la integridad del individuo y la de la familia, la comunidad, el estado e incluso la del mundo".

Desde niño el sujeto ha ido aprendiendo los distintos roles que la sociedad le ha ido otorgando, sin embargo, ahora tiene la posibilidad de elegirlos. Pero, la dependencia propia de esta edad y todos los cambios a los que se ven sometidos los adolescentes, hacen de esto una tarea ardua y difícil. Fernández (1986) asegura que de haber contado con identificaciones negativas y conflictivas durante la infancia, el Yo se ve obligado a disociarlas y proyectarlas, renunciando a su identidad formándose, así, pseudoidentidades que involucran la represión y alineación del Yo. Por el contrario, el lograr una identidad propia implica integración, elaboración y sublimación. Tanto las identificaciones como las pseudoidentificaciones se pueden observar dentro de los grupos que el adolescente forma. Según Fernández (1986) el grupo funciona como un objeto transicional que le permite al sujeto refugiarse de la responsabilidad social y de la diferenciación sexual, pero, al mismo tiempo, le posibilita insertarse como ser social y sexual. El grupo también cubre la necesidad de tener una "zona imaginaria" en la que se maneje lo real de manera omnipotente, lo cual se logra a partir de la cohesión e integridad grupal.

Köes (1977) señala que el grupo ofrece un territorio: "sus elementos toman allí posición, asignan correlativamente un sitio a los demás y construyen de tal modo un espacio habitable, con un afuera

y un adentro, un continente y un contenido, una cobertura y un centro, un límite".

Estos grupos, de adolescentes, son una zona intermedia entre la familia y los grupos que forman los adultos (instituciones), los cuales poseen sus propias normas y les dan la oportunidad de aprehender lo real y elaborar las ansiedades (depresivas y persecutorias) que trae consigo el duelo.

Moraleta (1999) postula cinco motivos por los cuales los adolescentes se asocian formando grupos, señalando como el primero la evasión, que lleva al adolescente a salir de casa para alejarse de su familia y de los conflictos que con ella entabla, convirtiéndose el grupo de amigos en un espacio dentro del cual puede expresarse sin temor ni timidez al encontrar a otros que sienten como él, que poseen las mismas necesidades y disfrutan con las mismas cosas.

El segundo aspecto es la necesidad de sentirse aceptado, pues al cursar por la adolescencia se tiene miedo al ridículo y a la sociedad, y la aceptación del grupo brinda seguridad para poder ser espontáneo y no retraerse. El grupo también sirve como un refugio ante las exigencias de la sociedad, ya que le sirve al joven para amortiguar la frustración y los sentimientos de culpa que ésta le generan. Moraleta (1999) menciona que existe desde el adolescente que es considerado un líder hasta el aislado social, el inicial es aquel al que todos admiran y desean imitar, éste se siente seguro y feliz por el lugar que tiene en el grupo, lo cual le permite atender otras cosas que no sea él mismo y sus problemas. Esta posición lo transforma en miembro apreciado y buscado por los demás. Por otro lado, el aislado es el chico que no tiene amigos, que no pertenece a grupos y que

piensa que nadie lo aprecia ni se preocupa por él, esta situación le produce inseguridad e infelicidad y lo orilla a adoptar actitudes como el tratar de ganar popularidad realizando actividades que piensa pueden agradar a los demás; el comportarse agresivamente ante las distintas formas de rechazo: el aislarse buscando diligencias solitarias evitando correr el riesgo de relacionarse; y frecuentemente este aislamiento lo lleva a extremos, como es el abandonar la escuela, fugarse de la casa o suicidarse.

El tercer factor que maneja Moraleda, es el impulso a la agresión gregaria, lo que se vincula con la sensación de seguridad que promete el anonimato, al mezclarse entre los miembros de un grupo.

La cuarta razón que da el autor es la rivalidad, que ya existía antes, pero que en la adolescencia parece reactivarse con la agresividad del instinto sexual. La rivalidad que se expresa a través de riñas y peleas no siempre es acompañada sólo por hostilidad, sino que sirve como un medio para que el adolescente obtenga cierto prestigio, ganándose, así, un lugar dentro de su grupo. De igual manera, la agresividad le funciona, al grupo, para mantener la cohesión frente a los avatares que amenazan destruirlo.

Por último, Moraleda propone, como quinto componente, la diversión, pues el adolescente se complace al jugar y compartir las mismas actividades con otros.

Poco a poco el grupo al que pertenece el adolescente se va reduciendo, quedando al final sólo tres o cuatro integrantes, con lo que el anonimato se pierde y las relaciones se vuelven más estrechas; consiguiendo apoyo y valoración dentro del grupo.

Los adolescentes tienden a identificarse con los sectores en pugna, pues al ser la búsqueda de la identidad una lucha, se identifican fácilmente con los sectores oprimidos o con el sentimiento nacional que se opone al sistema. Lo anterior no siempre toma estos matices, a veces sólo se observa en la rebeldía, la lucha sectorial y la descarga emocional. Según Rodríguez (en Aguirre, 1996) existen grupos conformados por chicos que han fracasado en la escuela, que no sienten satisfacción de estar en su casa o que se sienten socialmente inseguros y abandonados, convirtiendo al grupo en una especie de hogar, la otra familia. Estos grupos se tornan peligrosos cuando pierden su función de transición y confunden lo imaginario con lo real, perdiendo de vista su objetivo de insertar al adolescente en la sociedad. En ocasiones tienen una estructura perversa y no se disuelven, negando la realidad y ocultando su identidad, pues su actuación está dirigida al ataque del entorno. Los jóvenes que integran estos grupos presentan un proceso socializador deficiente y tienen conductas agresivas, alejamiento de la estructura social y marginalidad, que ante la sociedad se vuelven nocivos, por lo que hay que controlarlos y eliminarlos. Esta marginación se hace posible si no se renuncia a la omnipotencia y no se acepta que todo cambia, convirtiéndose en un grupo esquizoide. Además, en estos grupos se sobrevalora el cuerpo y la acción sádica, teniendo como meta romper con lo establecido siendo impulsivos y encontrando alivio solamente en la actuación.

La gran violencia desbordada, de estos grupos, se vuelve atractiva para los adolescentes, ya que les ofrece una vía de salida a las insatisfacciones, complejos, miedos y les llena maniacamente un vacío interno que les llevaría inminentemente a la depresión (Rodríguez y Aguirre, 1996). Su agresividad es dirigida principalmente a la

sociedad puesto que ésta los ha privado de lo más importante: "una familia equilibrada". Tomándose la agrupación, de manera paradójica, en perseguidora y perseguida.

En opinión de Fernández (1999) lo rescatable de estos grupos es "el odio que todo encierra y limita, así como el amor a lo encerrado y oculto que tolera y trae cada generación".

Finalmente, para concluir con el tema que en este capítulo nos ha ocupado, nos gustaría repetir la metáfora de Mannoni (1996) sobre la adolescencia:

"Los pájaros que mudan de plumaje son desdichados. Los humanos también mudan; al momento de la adolescencia, sus plumas son plumas de prestado... sus ropas no parecen ser suyas -sean ropas de niño o de adulto- pero, sobre todo, sucede lo mismo con sus opiniones: son de prestado" (p: 26).

CAPITULO III

LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS EN LAS INSTITUCIONES

3.1. Definiciones de grupo e Institución

Salazar y colaboradores (1997), en su libro "Psicología Social", recurren a la definición que Shawn hace de grupo, explica que un grupo son dos o más personas que se relacionan entre sí, de manera que cada persona influye y es influida recíprocamente por el resto de los integrantes. Tal vez, este entretrejo de interacciones de la que habla Shawn se refiera a lo que etimológicamente significa la palabra grupo, la cual proviene del Italiano "grupo" que quiere decir nudo. Según Anzieu (1998), el grupo es una "envoltura gracias a la cual los individuos se mantienen juntos". Mientras que la envoltura no se haya consolidado puede haber un conjunto de sujetos más no un grupo. Esta envoltura presenta dos caras; una que mira al mundo externo (lo físico, lo social incluyendo a otros grupos) y la otra que mira al mundo interno tanto individual como grupal, este último se va construyendo a partir de lo que el autor llama un "estado psíquico transindividual...un sí mismo del grupo", que es imaginario y es "el continente en el interior del cual va a activarse una circulación fantasmática e identificatoria entre las personas" (p: 14). Por otra parte, Freud marca que un grupo es el resultado de las identificaciones entre los integrantes y estos con su jefe (Anzieu, 1998).

Bion (1994) considera que el grupo es un "interjuego" entre las necesidades individuales, las del grupo y las de la cultura. Un grupo se sirve y defiende de los estímulos externos y de las pulsiones que sus miembros vierten sobre él, creando lo que KÖes (1997) nombra aparato

psíquico grupal, el cual funciona por el agregado de los aparatos psíquicos de los sujetos que lo conforman y por la cultura que le otorga representaciones colectivas.

Freud dice que para asegurar y mantener tanto la unidad como la cohesión de un grupo es necesario que intervenga el Ideal del Yo (Anzieu, 1998), pues las desavenencias podrán ser resueltas al existir un objetivo común para alcanzar una verdadera identidad, siendo éste el motor de la vida del grupo que termina cuando se logra una identidad donde se integra la historia personal, el cuerpo real y el núcleo de pertenencia "no familiar" (Fernández, 1986).

Valenzuela (2000) explica que un grupo clínico es un conjunto de personas y que el objetivo de su interacción es desarrollar "la dinámica y los procesos grupales necesarios que permitan la aplicación de técnicas psicológicas para llevar a cabo determinadas funciones dentro del campo clínico". Entre las funciones a las que se refiere la autora se encuentra la terapia grupal, que es un tipo de tratamiento en el que él o los terapeutas, por medio de procedimientos grupales basados en las teorías psicológicas y usando la vinculación de los sujetos, promueven cambios en las personas con problemas emocionales. Una de las diferencias que se encuentran entre la terapia individual y grupal es que, en esta última, la neurosis es considerada como una problemática de todos (Bion, 1994).

Como ya lo mencionamos en el capítulo anterior, el hombre está altamente influenciado por la sociedad. Freud (1975), en "Psicología de las masas y Análisis del Yo", afirma que "en la vida animica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como

objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social...".

Fernández y Vilallonga (1997) citan a Köes para hablar de la existencia de una cuarta herida narcisista, la que se suma a las ya expuestas por Copérnico, Darwin y Freud, las cuales desplazan al hombre de su papel central en el universo. Esta cuarta herida hace referencia a las instituciones a las que pertenece y las que le pertenecen al sujeto, pues éstas se infiltran en su vida psíquica, conformando parte de su identidad e inconsciente. Entendemos por instituciones los vehículos a través de los que la cultura se nos transmite, por ejemplo la familia, la educación, el trabajo, etc. Estas instituciones persiguen lograr la ayuda y protección mutua, pero al mismo tiempo crean síntomas de los cuales suelen ocuparse otras instituciones que se materializan en organizaciones para llevar a cabo su función reglamentadora.

La organización en la que se desarrolló este trabajo de investigación es el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; un hospital público que no posee fines lucrativos y que es auspiciado por el Estado. El objetivo de esta institución es prevenir y brindar atención a los problemas de salud mental de la población infantil, a la par que constituye un espacio para promover la formación profesional y la investigación.

Al darnos a la tarea de indagar sobre los orígenes de esta institución nos encontramos con poca información al respecto. Dentro de los antecedentes históricos más relevantes, hallamos que el personaje del cual toma el nombre el hospital fue un médico de

nacionalidad española que radicaba en Morelia, y que en 1842 viajó a la ciudad de México para continuar con sus estudios de medicina.

En el año de 1847 terminó su carrera, dedicándose luego a la docencia por un periodo de quince años. Fue designado director del Hospital San Hipólito, donde se da a la tarea de optimizar el servicio brindado a los pacientes; eliminando los instrumentos de tortura y mejorando la alimentación. En el año de 1861 el gobierno le encarga la tarea de estudiar y planear la manera más eficaz de implantar en México un Hospital Infantil, dentro de la ya existente Casa de Expósitos. El doctor Juan N. Navarro, con la ayuda del doctor Gabino Bustamante, decide que la idea del gobierno no era la más adecuada y que sería más conveniente crear una nueva organización, utilizando el inmueble que había sido manejado por los frailes de la orden terciaria (Hospital de Terceros). El estudio elaborado por el doctor Navarro abarcaba la forma en que había que organizarse, los servicios que debían incluirse, así como las fuentes económicas de las que se valdría para su manutención. Este proyecto fue aprobado, bajo el nombre de "Hospital de Maternidad e Infancia", por el entonces presidente Benito Juárez y el Congreso de la Unión.

Los conflictos políticos del momento impidieron que el Hospital llegara a materializarse, pues cuando ya todo estaba listo, por una orden directa del presidente, en enero de 1862 se suspendieron todos los trabajos, dejando sin efecto el acuerdo parlamentario (Semblanza del Dr. Juan N. Navarro).

Años después, en 1910, fue construido el Manicomio General de México (La Castañeda), el cual albergaba, sin hacer una

diferenciación clara de acuerdo a la edad y al proceso patológico de los pacientes, a mujeres, hombres y niños.

La doctora Matilde Rodríguez Cabo toma la iniciativa de separar a los niños de los adultos, tratando de otorgarles un espacio acorde a sus necesidades, ya que, además, durante años compartían un mismo pabellón niños epilépticos, psicópatas, deficientes mentales, neuróticos, etc. A tal heterogeneidad patológica se agregaban las diferencias propias de cada edad, pues había lactantes desde 6 meses hasta adolescentes de 18 años. Por los esfuerzos de la doctora Rodríguez se conforma el pabellón de Psiquiatría Infantil, siendo ésta una contribución muy importante.

Debido al incremento de la demanda, el Manicomio General de México comenzó a saturarse, por lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia decide abrir nuevas áreas que lo sustituyeran. Las unidades hospitalarias se fragmentan formando otras organizaciones cada una, es así que el antiguo Pabellón de Psiquiatría Infantil del Manicomio "La Castañeda" se transformó en lo que es hoy el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el 24 de octubre de 1966 (Secretaría de Salubridad y Asistencia).

Actualmente, el Hospital Psiquiátrico Infantil está constituido por cuatro departamentos: el de psiquiatría comunitaria, el de docencia e investigación, el administrativo y el técnico asistencial, en este último se encuentra la consulta externa del cual forma parte la Clínica de la Adolescencia, que surge en el año de 1988 como una necesidad de que el adolescente contara con un sitio propio de su edad y características. Dentro de esta Clínica, participan diferentes profesionales de la salud mental contando, entre otros, con

psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras y psicólogas. En el área de psicología, se realizan diversas actividades como son el psicodiagnóstico, talleres de información para padres y terapia tanto individual como grupal (Rodríguez y Blanco, 1999). Las terapias son dirigidas desde distintas orientaciones teóricas, como la cognitivo-conductual y la psicoanalítica.

A partir de la práctica y observaciones del manejo que se hace con los pacientes, surge nuestra propuesta para generar nuevas opciones de atención psicoterapéutica para los adolescentes.

3.2 Terapias de grupo

Aunque el grupo y las experiencias compartidas dentro de éste siempre han formado parte de la humanidad, es hasta el siglo pasado cuando surge la psicoterapia de grupo. La cual se ha abordado desde diversos enfoques.

Valenzuela (2000) cita a Campuzano para exponer las corrientes que permiten el trabajo con grupos terapéuticos, siendo éstas:

La corriente didáctica: esta línea de trabajo surge en 1905, siendo Pratt su pionero en Estados Unidos, y consistía en conferencias que un médico daba sobre algún padecimiento en específico, seguidas por preguntas y discusión con los pacientes sobre el tema tratado. Además, se establecía un sistema de calificación y premios para los enfermos que mejor llevaban a cabo las medidas recomendadas.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Pratt pensaba que los factores emocionales eran importantes para la recuperación de los pacientes, no obstante, no desarrolló una comprensión de la dinámica grupal. En general, a éstos grupos se les conoce como *grupos de apoyo*, porque utilizan las emociones sin comprender su dinámica, de guía al utilizar la figura idealizada del terapeuta y finalmente de carácter defensivo al seleccionar y reforzar ciertas defensas psicológicas que sirven para el logro de los propósitos planteados.

La corriente psicodramática desarrollada por Moreno, comenzó en Europa y se expandió a Estados Unidos en 1925; el psicodrama se centra en un individuo, en un protagonista y se refiere a una representación que busca la solución de un problema emocional en términos del conflicto de una persona. El contenido puede abarcar su pasado, presente y futuro y por lo general trata situaciones emocionales más o menos profundas. El sociodrama, por su parte, se enfoca en el grupo, es una forma de representación psicodramática que se dedica a aclarar temas de grupo. Esta técnica se utiliza más con fines pedagógicos que terapéuticos. Y en ocasiones se emplea para explorar o intervenir en situaciones grupales, o como medio de calentamiento.

En general, el psicodrama maneja las dimensiones corporal, de la acción y de las emociones; estimulando los sentimientos mediante la representación de escenas significativas para el sujeto con la finalidad de lograr la catarsis.

La corriente psicopsicológica fue impulsada por Lewin en Estados Unidos en 1940, siendo ésta una línea de psicología social y de grupos de formación y no una terapéutica.

Lewin, en 1944, publicó un artículo sobre las relaciones en la teoría y en la práctica en psicología social, acuñando el término "dinámica de grupos". Dió un giro importante al concebir al grupo como una totalidad dinámica cuya fuerza puede determinar la conducta de los individuos. Este autor considera al grupo como un sistema de interdependencia donde se generan tensiones "positivas" y "negativas", y donde la conducta del grupo estará dirigida a resolver dichas tensiones y a restablecer un equilibrio.

Lewin crea el grupo T, definiéndolo como "un grupo para poder aprender a aprender sobre grupos en grupo" (Valenzuela, 2000), siendo así una experiencia educativa, a partir de la cual los sujetos aprendieran más de sí mismos y las dinámicas de grupo. El grupo T parte de la premisa de que los participantes se harán responsables de su propio aprendizaje, tomando como base que el aprendizaje es una combinación de la conceptualización y la experiencia, y que es en él donde se acentúan el surgimiento de normas culturales en el grupo, el proceso de organización social, la dinámica de la conducta grupal, las relaciones interpersonales, las percepciones y motivaciones individuales, así como los valores tanto individuales como grupales (Bradford, 1975 citado en Valenzuela, 2000).

El grupo T persigue tres objetivos primordiales. El primero es ayudar a las personas a aprovechar su experiencia en la medida en que exponen sus necesidades, valores y conductas. El segundo propósito busca que los individuos, mientras ayudan a los otros en el mismo proceso, puedan requerir y usar la retroalimentación sobre su propia conducta. La última meta es lograr una asociación eficiente, ya que es necesario que los participantes desarrollen su sensibilidad para

darse cuenta de las dificultades del grupo. Para actuar de tal manera que haya una facilitación en el avance de éste.

A partir de los grupos T se han originado otros métodos de grupo, entre los que podemos mencionar a los de sensibilización, de encuentro y de desarrollo personal. Además los grupos T han servido como base para desarrollar los grupos operativos, los cuales tienen como una de sus modalidades los grupos de reflexión.

El movimiento de potencial humano o grupos de encuentro se desarrollan en Estados Unidos como un movimiento social de contracultura. Sus bases conceptuales fueron el pensamiento lewiniano y la psicología de la gestalt por una parte, y por otra, la terapia centrada en el cliente.

El concepto de encuentro, en términos de grupo, toma auge a partir de los años 60's cuando se incorporan las técnicas creadas por Moreno a los grupos para expresar emociones significativas.

Se considera como antecedente de los grupos de encuentro a los grupos T, cambiándose el énfasis de lo social al desarrollo personal. A este respecto, Rogers (1978, citado en Valenzuela, 2000) dice que el grupo de encuentro básico se enfoca en el desarrollo personal y en el aumento y mejoramiento de la comunicación de las relaciones interpersonales. Por otro lado, los grupos de encuentro gestalt dan mayor peso a la expresión de las emociones y a la comprensión del lenguaje corporal.

La corriente institucionalista es planteada por Bauleo, a partir de 1960 en Francia, quien argumenta que el grupo puede ser una instancia que posibilita analizar, evaluar y replantear los aspectos

institucionales que se actualizan en todo proceso grupal, dentro del que se ponen en juego fenómenos colectivos, normas, inercias y mecanismos de control que representan las distintas áreas y maneras de operar de las instituciones sociales.

La corriente psicoanalítica es desarrollada principalmente en los años 30 y 40 por Slavson y Wolf en Estados Unidos y por Foulkes, Bion y Eziel en Inglaterra. La corriente psicoanalítica considera el marco del grupo como conveniente para la exploración del pasado infantil reprimido del individuo, mediante el uso de las interpretaciones de la transferencia, las reconstrucciones del pasado y el análisis del sueño.

Para Grotjahn y Natterson (1979, citado en Valenzuela, 2000), el objetivo de la terapia grupal analítica es dominar la realidad, tanto interna como externa. La experiencia grupal tiene como fin ayudar al sujeto a convertirse en una persona conciente, franca y directa, que se comunica abiertamente, que comienza a comprenderse a sí misma y a su inconsciente y que responde a los otros en forma espontánea, con menor ansiedad y temor respecto a su necesidad de intimidad o agresión.

Todo aquello que no es una conversación compartida representa al inconsciente del grupo, por lo que es importante, antes de poder actuar con libertad, establecer una comunicación mutua en cada sesión, para lo cual el terapeuta interpreta la resistencia y las perturbaciones de la comunicación y la interacción en los miembros del grupo.

Como ya se mencionó, uno de los más destacados investigadores dentro de la corriente psicoanalítica, ha sido Bion, quien

desarrolló la idea de en que cada grupo existen dos subgrupos, uno de trabajo y uno de suposición básica, lo cual, para fines de la presente investigación se profundizará en el siguiente apartado.

3.3 Procesos grupales

Varios autores han practicado la terapia grupal dentro de las instituciones; cada uno de ellos ha realizado las modificaciones necesarias de acuerdo a la población a la que atienden, así como a los objetivos o metas que el grupo persigue. Uno de los autores más representativos del trabajo terapéutico con grupos, ha sido Bion (1994), quien tras haber atendido a una población de militares (veteranos y antiguos prisioneros de la Segunda Guerra Mundial) llega a una serie de conclusiones, de las que se desprenden las siguientes:

- Un grupo es esencial para que un hombre lleve una vida plena, incluyendo su realidad psíquica.
- Un grupo debe estar compuesto por tres o más personas, pues entre dos sólo se establece una relación interpersonal que no deja realizar el análisis.
- Un grupo debe ser flexible, para permitir la salida de sus miembros, así como la entrada de nuevos.
- Un grupo debe poseer la capacidad para soportar las dificultades que surgen dentro de él y contar con los recursos para hacerles frente.
- El comportamiento de un grupo se efectúa en dos niveles, el de la tarea común (que es un nivel racional y consciente) y el de las emociones comunes (que requiere de una circulación fantasmática e inconsciente). Aunque se cree que el material de un grupo tiene contenido intelectual, en general, éste no

aparece, ya que la situación grupal está plagada de emociones que actúan con fuerza en el individuo y de manera poco perceptible. Dentro del grupo surgirán, con frecuencia, problemas intelectuales que difícilmente podrán ser resueltos de manera colectiva, creyéndose que en otras circunstancias se tendrá la posibilidad de solucionarlos, creencia que resulta falsa.

Este autor apunta dos conceptos fundamentales para su teoría: la mentalidad grupal, que se refiere a la voluntad unánime del grupo con la que cada miembro coopera; y la cultura de grupo que son los resultados de los conflictos que surgen entre la mentalidad grupal y los deseos de cada uno de los integrantes.

Asegurando que un supuesto básico siempre tiene la finalidad de conservar al grupo, Bion (1994) introduce, como una de sus aportaciones más importantes, los supuestos básicos grupales que son:

1. **Dependencia.** Cuando aparece tal supuesto en el grupo, éste pide un líder que le proteja y del cual depender, lo anterior implica que se considera a una persona, generalmente al terapeuta, como la indicada para satisfacer las necesidades del grupo y el resto se coloca en un lugar en que sus necesidades son satisfechas. Esta dependencia significa para el individuo un estado de voracidad, al pedir más atención paterna de la que le corresponde, causando un choque entre el supuesto básico y las necesidades del sujeto como adulto, dicha dependencia es una regresión a la primera infancia, en la que el bebé "está a cargo de sus padres y en donde la acción sobre la realidad es asunto de ellos y no suya" (Anzieu, 1998: 48). Se encuentran entre las características, tanto del grupo como de

las personas que lo integran, la inmadurez e ineficacia en las relaciones interpersonales.

El grupo de dependencia supone que sus procesos no surgen de la ciencia, sino de la magia; pidiéndole al líder sea un mago y permaneciendo en silencio le niegan el material requerido para la investigación científica. La relación de dependencia que se establece con el líder se manifiesta, por lo general, por largos silencios y por la dificultad de encontrar un tema del cual hablar. Además, los miembros del grupo sólo se sienten atendidos cuando son ellos los que hablan y no los que escuchan a los otros, sintiendo que las sesiones avanzan muy lento. Al líder se le atribuye omnisapiencia y omnipotencia y cuando éste rechaza tal posición, el grupo se siente frustrado y abandonado; un sentimiento de inseguridad se apodera de los participantes.

2. **Ataque-fuga.** Ante el peligro de no poder sobrevivir el grupo se reúne y solidariza, ya sea para huir o luchar, pues parece conocer sólo estas dos formas de defensa ante la exigencia de coraje y auto sacrificio que el grupo exige a sus miembros.

Bion (1994), citando a Nietzsche, sugiere que un grupo vive sólo al lograr descargar sus impulsos agresivos; en un grupo de esta especie se buscará como líder a aquel que aproveche la oportunidad para escapar o agredir, esta cultura coloca a individuos con rasgos paranoicos en una situación privilegiada. Cuando el grupo está regido por este supuesto, el analista se ve obstaculizado al intentar aclarar la situación grupal, siendo evadido o tomado como blanco de agresión al evidenciar las

dificultades psicológicas; los miembros de este grupo suelen no prestar atención a lo que se dice o hace.

3. Emparejamiento. Este supuesto es uno de los menos profundizados por Bion, quien explica que la actitud de ciertos grupos desemboca en la formación de subgrupos o parejas que, por una parte, traen vitalidad y llenan de promesas y esperanzas al grupo, pero, por otra, también lo ponen en peligro. El grupo de emparejamiento es un precursor de la sexualidad, cuyas ideas optimistas son racionalizaciones que buscan lograr un desplazamiento en el tiempo y un compromiso con los sentimientos de culpa, por lo que los sentimientos del grupo son los contrarios al odio, destrucción y desesperación. Para que subsistan los sentimientos de esperanza es necesario que el líder del grupo no haya nacido, que sea una persona o idea que no sea factible de alcanzar, pues de lo contrario los impulsos se desbordarán. El trabajo que deberá intentarse en este tipo de grupos consiste en capacitarlos para que estén alertas a los sentimientos de esperanza y sus vínculos, al mismo tiempo que los toleren.

En relación con cada supuesto básico, la angustia del individuo es idiopática pues surge del conflicto entre el estado emocional del grupo y la parte de sí mismo que se preocupa por participar en la tarea común.

En la terapia de grupo gran parte de las interpretaciones, incluidas las más importantes, tienen base en las reacciones emocionales del analista, Bion cree que probablemente sea porque el terapeuta es el contenedor de lo que Melanie Klein llama "identificación proyectiva". Según el criterio de este autor la contratransferencia capacita al

analista para diferenciar cuando es objeto de una identificación proyectiva y cuando no lo es. El terapeuta se siente presionado para reaccionar como el grupo espera y, al ofrecer interpretaciones al grupo, puede experimentar la sensación de que a pesar de lo que haga, no ha hecho una interpretación correcta. Es esencial no perder de vista que las interpretaciones cuya evidencia se apoyan fuertemente en las reacciones subjetivas del analista más que en la dinámica del grupo, encuentran mayor explicación en la psicopatología del analista que en el grupo. Para Bion (1994) la interpretación es un intento de aclarar explícitamente lo que se supone es la actitud del grupo hacia el terapeuta o algún otro miembro y la actitud del individuo hacia el grupo.

Anzieu (1998) en su libro "El grupo y el inconsciente: lo imaginario grupal" cita a Bion para señalar que las interpretaciones deben realizarse en el momento propicio, por lo que el analista tiene que luchar contra la tendencia a comunicar sus hallazgos en el momento en que los hace, pues de ser así el trabajo del grupo puede ser desviado. Por lo que es conveniente reflexionarlas y elegir las. Cuando las interpretaciones se aceptan sin objeción o no se aceptan, puede que la interpretación sea falsa o que los integrantes no estén listos todavía para recibirlas. Es por lo anterior que el analista "debe tomar su distancia y estar dentro y fuera del grupo al mismo tiempo" (p: 49).

Apoyado en Winnicott, Anzieu (1998) ahonda la hipótesis de "ilusión grupal", la cual representa ciertos momentos en que todos los miembros del grupo se fusionan; sintiéndose bien de estar juntos y de formar un buen grupo. La ilusión grupal proporciona un intento de solucionar el conflicto entre un deseo de seguridad y unidad y la angustia de tener el cuerpo fraccionado y de sentirse amenazado por

la destrucción de sí mismo, por la que todo grupo atraviesa necesariamente). El segundo nivel se refiere a lo edípico que se expresa en los grupos por medio del tema de la destrucción colectiva del padre y otros como la expulsión de los usurpadores y el incesto.

Se debe poner cuidado en la interpretación de la transferencia, pues durante las sesiones hay que buscarla tanto en aquello que no se dice en el discurso colectivo como en lo que se expresa de forma literal.

En terapia también deben ser interpretados el silencio y el acting-out. Los silencios grupales duraderos o repetidos generalmente expresan una angustia de persecución ante la situación del grupo, vivido como una madre mala; entonces, la interpretación debe dirigirse a la presencia no nombrada del miedo a la "rotura" que el grupo puede provocar en ellos.

Con lo que respecta al acting-out, éste debe interpretarse lo más pronto posible pues no debe ser ni reprobado ni ignorado, sino comprendido en la transferencia. Dellarossa (1979) cita literalmente a Laplanche y Pontalis para definir acting-out; "acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto o hetero-agresiva" (p: 13). Estas conductas son manifestaciones de pautas neuróticas que se oponen al dolor que causa entender y elaborar.

En un grupo cada miembro, al asumir un rol de manera inconsciente, induce a los otros a asumir roles complementarios que

implican la pérdida de la autonomía, pues adoptan funciones que ellos mismos no pueden o no desean tener. En este fenómeno aparecen efímeras relaciones simbióticas con los otros, por su propia incompletud: cuando el grupo consigue integrarse, alcanzan una manera más dinámica de interactuar, la que consiste en que cada uno pueda ser sólo una parte y complementarse con los demás. Por eso se dice que en los grupos se buscan y provocan "incompletudes dinámicamente complementarias" (p: 21).

Anzieu (1998) le reconoce a Elliot Jaques el mérito de haber adecuado los conceptos kleinianos a la comprensión de los grupos. Según este autor los conflictos psicológicos que se observan en los grupos dependen de dos modalidades principales de la angustia: la angustia persecutiva y la angustia depresiva.

El grupo se encuentra en una posición depresiva, al estar satisfecho del terapeuta, al no sentirse completamente en desacuerdo con las instituciones con las que está vinculado y cuando su resistencia a la intrusión no es mucha. El grupo teme poner en evidencia sus debilidades, experimentando un anticipo de la humillación, desvalorización y vergüenza. Dudar de su funcionamiento es como estar sometido a la agresividad que viene de fuera "es arriesgarse a perder el objeto de amor que él representa para sí mismo, a ser despojado de él y perder, con el amor, su felicidad y confianza victoriosa en sí mismo" (p: 51).

Por otro lado, el grupo se encuentra en una posición esquizo-paranoide, al proyectar fuera sus impulsos, al estar en conflicto con la sociedad; es entonces cuando se siente vigilado. La intrusión se vive como destructiva, equivale para el grupo "la invasión del cuerpo por el

objeto malo" (p: 51). Intrusión que es recibida con desconfianza y con miedo a ser perseguidos; "inmoviliza la agresividad del grupo y la cristaliza en el cuerpo extraño que se introduce en el organismo, lo enquistas y lo expulsa violentamente" (p: 51). Frente a esto, el grupo no puede entender lo que el analista pueda hablar, convirtiéndose en el malo.

El grupo representa, según Anzieu, una amenaza primaria para el individuo, el cual no existe como sujeto si no tiene el sentimiento de su unidad, su cuerpo y su psiquismo. Sobre esta unidad, se ha demostrado que la fase del espejo es primordial; el niño juega con las imágenes especulares, y al reconocer que son imágenes y no personas reales, y que entre ellas está la suya propia, asegura su unidad corporal y reafirma en algo visible lo que hasta el momento, era sólo una noción de su Yo. A partir de este momento, el Yo se forja como centro de la persona que recibe la catexia de su amor, por lo cual todo girará en torno a él. La vida psíquica e interpersonal evolucionará con la aparición de otras instancias (Superyo e Ideal del Yo).

Cuando un grupo numeroso se reúne con personas que no se conocen y sin la presencia de una figura que proteja y promueva la unidad del grupo, aparece una amenaza para la unidad personal, es como desconfiar del Yo: los otros son percibidos como idénticos a uno o como carentes de una existencia individualizada. Aquí cabe mencionar la metáfora de la imagen oceánica: "la idea de la multitud está asociada al peligro de ser tragado, ahogado uno mismo, a la angustia de ser pisoteado y perdido" (Anzieu, 1998: 66). Este paralelismo reactualiza la relación del niño con su madre que se efectúa en dos planos: la imagen de calor, alimento, seguridad por un

lado, y por otro, la primera representación del peligro interno "la madre devoradora".

Por lo que, en un grupo cara a cara, el número de compañeros deberá ser restringido para poder tener una percepción de cada uno de ellos y que cada uno intente someter al otro a su deseo. Petición que en grupos numerosos resulta insoportable, pues el Yo se resquebraja ante la imposibilidad de reafirmarlo junto con los deseos, esta pluralidad despierta en el sujeto la angustia de la unidad perdida, reviviendo los fantasmas del desmembramiento, llevándolo a la fase donde aún no se constituía sujeto. Entonces, la primera tarea de la agrupación es consolidar la unidad del grupo, porque en un principio cada uno participa en la producción de la imagen del cuerpo fragmentado, a la vez que se asusta y quiere huir de ella. Esta tarea no es fácil de alcanzar por las diversas reacciones de sus miembros. Algunos huyen hacia atrás mostrándose ausentes durante las sesiones, hablando solamente fuera del grupo. Otros huyen hacia adelante relleno los silencios a toda costa, pidiendo una temática y proponiendo, todo el tiempo, se cubran objetivos para los que no se creó el grupo. Algunos más quieren mandar y controlar para intentar reparar la unidad del grupo y de su Yo y se quejan constantemente de que las sesiones no sirven para nada, cansan, son muy extensas, los ponen nerviosos y los hacen perder el tiempo.

Anzieu (1998) propone una tesis en la que establece una analogía entre el grupo y el sueño. Tal paralelismo es condensado por el autor en tres enunciados. El primero explica que el deseo realizado en el grupo y en el sueño es un deseo reprimido: "son deseos no satisfechos en las relaciones interindividuales, en la vida privada y social, que nuevamente son trasladados al grupo" (p: 73). El segundo

enunciado dice que el deseo que se realiza en el grupo y en el sueño es un deseo infantil y reprimido. Este postulado permite explicar el por qué los niños en sus juegos de grupo imitan las actividades de los adultos y por qué los adultos que se encuentran reunidos en un grupo, que les deja cierta libertad, se conducen como niños. Lo anterior apoya la hipótesis de que la situación de grupo libre provoca regresión. Por último, el tercer enunciado señala que el deseo, tanto en el grupo como en el sueño, es el que está fijado en un síntoma o estructura patológica y el que surge del inconsciente; su sentido permanece incomprendido aún cuando presagia acontecimientos reales con los que va a intentar realizarse.

Todo grupo tiene su simbolismo y sus mitos, es un lugar de intercambio entre inconscientes que culminan en construcciones fantasmáticas, unas veces inconstantes, otras estables, otras más paralizantes o, en ocasiones, estimulantes para la acción. Desde que el grupo comienza a existir "una fantasmática circula entre sus miembros... la que los une tanto referida a su cohesión actuante, como a su angustia colectiva" (Anzieu, 1998: 74).

3.4 Grupo de reflexión

Sustentándose en la teoría psicoanalítica y teniendo como antecedentes a los grupos operativos y a los grupos T, Dellarossa dedica su libro a los grupos de reflexión.

El autor entiende por reflexionar el ir "hacia un objeto, aprehenderlo, comprender su significado dentro de la situación, desbrozar e incluir la carga emocional y los significados que ésta agrega. Implica decodificar, o sea buscar las significaciones a partir de

un código ya conocido por el grupo... el grupo, al reflexionar, busca significados en la interacción interna y con el exogrupo, usando una cantidad de conceptos que constituyen un sistema de referencia" (Dellarossa, 1979: 9)

Un grupo de reflexión se diferencia de un grupo terapéutico por su objetivo y metodología, puesto que son grupos de entrenamiento y aprendizaje que suponen la existencia de una dimensión institucional. A partir de lo que el autor plantea, como forma de trabajo de estos grupos, intentamos trasladar este modelo a una población psiquiátrica.

El trabajo de grupos se impone como método en las instituciones porque ofrece la posibilidad de extender la atención, dada la gran demanda, y de ahorrarse el número de horas y de terapeutas que esto implica. Por otro lado, al existir la función de "observador" se logra mejorar el nivel técnico y terapéutico, pues, por una parte, el principiante tiene acceso a una experiencia "in vivo" y, por otra, el terapeuta se retroalimenta al tener cierto grado de coparticipación y crítica del trabajo realizado.

La necesidad de atender un número significativo de pacientes revierte la perspectiva de que el tratamiento grupal es de segunda categoría, y que sólo cierta élite de pacientes puede acceder al tratamiento psicoanalítico individual. Se dice que cuando una institución, por lo motivos antes mencionados, se dirige a dar prioridad a los tratamientos en grupo requiere que la mayoría de aquellos que solicitan atención cubran los requisitos necesarios para esta forma terapéutica, excluyendo generalmente a aquellos pacientes que presenten psicosis, retardo mental y perversiones. Los primeros por no contar con la madurez yoica mínima que les dé la oportunidad de aprovechar experiencias, y los últimos por tener la tendencia a

exacerbar la actuación de la patología en el grupo y fuera de él. Sin embargo, nuestra experiencia dentro de la institución psiquiátrica nos dejó ver que los criterios de inclusión no pueden ser tan rígidos, pues se dejaría al grueso de la población asistente fuera de este tipo de tratamientos.

Dado que la demanda es continua y va en aumento, y la utilización de la terapia grupal no ha sido la panacea que se pensó en un principio, al formarse grupos irremediamente se provoca el bloqueo para nuevas incorporaciones. Esta característica que presentan los grupos en las instituciones implica un problema para los terapeutas con orientación psicoanalítica, pues a diferencia de la práctica privada, el encuadre debe ser más flexible, aceptando a un mayor número de integrantes con el que generalmente se trabaja. En el ámbito privado el terapeuta "ejerce su ideología; en la institución deberá poner en práctica la ideología institucional (o departamental) asimilada y compartida en mayor y menor grado" (Dellarossa, 1979: 42). Los terapeutas se ven en la necesidad de modificar el encuadre y la técnica utilizados al comprometerse con más pacientes.

Dentro de las alternativas para responder a la gran demanda se encuentra el limitar el tiempo de la terapia. Dellarossa (1979) comenta que al proceder de esta forma se obtenía un resultado poco satisfactorio y lo único que se recibía eran inicios de terapia que en un plazo determinado se interrumpían, a partir de esta experiencia se procuro programar, para un lapso fijado y para ciertos pacientes, un objetivo limitado.

Al contar con tal objetivo se espera centrar la actividad terapéutica y operar con un mínimo de dispersión, para alcanzar

mayor profundidad en direcciones específicas. Cuando el objetivo sea terapéutico, la tarea apuntará a resolver la ansiedad del grupo, cuando sea el aprendizaje se orientará a la resolución de las ansiedades ligadas a la educación (Comparán, 2000).

En el trabajo con grupos, sobre todo aquellos con patología severa, el terapeuta se halla expuesto a fenómenos muy intensos de desestructuración del pensamiento. A pesar de que Dellarossa (1979) menciona que la institución en la que estas actividades se realicen deberá apoyar y proteger la integridad de sus terapeutas, la mayoría de las veces a esto no se le da importancia y se le deja de lado. No obstante, entre los profesionales se establece una lucha por la salud institucional, la cual pudiera ser atendida con grupos operativos que se dedican a plantear y esclarecer los problemas que surgen entre el personal de distintas áreas y el resto de la institución; pero esta opción no es suficiente, debido a que la tarea de las instituciones asistenciales resulta desestructurante por su alto contenido patógeno. Pudiendo ser respaldada por la selección de los profesionales más capaces para que la experiencia fuera menos peligrosa.

Aún cuando se contara con estas condiciones, se presentan síntomas en los grupos de trabajo de las organizaciones. Pues el funcionamiento en grupos produce siempre la emergencia de demandas muy regresivas: siendo la institución un medio propicio para la proyección de estas demandas ideales a las que resulta imposible satisfacer; "son demandas arcaicas, desconectadas de la realidad" (Dellarossa, 1979: 46). Tal fenómeno es denominado por Stephen Appelbaum, citado en el libro "Grupos de reflexión", como la demanda de "mamones", éstos esperan que la institución sea un pecho que los nutra de conocimientos sin que para ellos represente un

costo, la frustración de esta demanda se manifiesta en insatisfacciones y tensiones.

Käes (1998) expone que los mecanismos de proyección masiva buscan descargar en el espacio de la institución un "objeto peligroso, incontenible, tenido por causa de un sufrimiento intolerable [las identificaciones proyectivas] apuntan a un control draconiano y omnipotente de los objetos perseguidores" (p: 36), de tal manera que el otro se comporte como el sujeto, que usa ese mecanismo de defensa, lo espera. En las instituciones el sufrimiento patológico tiene diversas manifestaciones, siendo de las más severas la regresión paranoide y el ataque envidioso contra los vínculos.

Finalmente es importante señalar que el sistema de comunicación institucional es el elemento más dinámico, donde se gesta el grosor de los conflictos; al circular información contradictoria sobre las normas o decisiones se activa la patología institucional, la que se manifiesta por crisis de mayor o menor magnitud y por rasgos paranoides que se alimentan de malentendidos y prejuicios, creando situaciones de características psicóticas.

Ante tal problemática, Dellarossa en 1970 pone en marcha un proyecto para realizar la formación sistemática de profesionales en la coordinación de grupos en general y de grupos terapéuticos en particular, teniendo entre sus objetivos incluir un lugar donde los alumnos pudieran participar como miembros de un grupo, por lo que, junto con sus colaboradores, retoma y modifica lo que un grupo de psicoanalistas de Buenos Aires denominó grupos de reflexión, que consistían en realizar una experiencia con los médicos residentes del instituto Borda. El objetivo era que se elaboraran las tensiones que se

generaban en la atención de pacientes psiquiátricos y en las actividades que incluían a los profesores y coordinadores de la institución.

Para delinear el funcionamiento del grupo de reflexión elegimos, del esquema construido por Dellarossa y su equipo de trabajo, los elementos que creímos mas convenientes, de acuerdo a la población y al objetivo que nos propusimos alcanzar.

Coincidimos con el autor en los siguientes puntos:

- ◊ El número de pacientes que deben integrar un grupo de reflexión, pues dice que éste debe ser semejante al de los grupos de trabajo (de 10 a 14).
- ◊ La duración que cada sesión tendrá es de 75 minutos aproximadamente.
- ◊ El grupo se comprometerá a mantener la confidencialidad del material surgido en las sesiones.
- ◊ Los coordinadores deberán evitar, en lo posible, participar en la organización de la institución y sobre todo desempeñar funciones ejecutivas.
- ◊ La temática de cada sesión se abordará dependiendo de la aportación de los pacientes; sin embargo, no se perderá de vista la tarea propuesta, pues cada grupo tiene un objetivo específico.

Por otro lado, como primera diferencia se encuentra la población a la que se le dio atención, siendo el grupo de Dellarossa un grupo de terapeutas en formación y el que nosotras llevamos a cabo un grupo de pacientes psiquiátricos adolescentes; por esta razón en la intervención se pretendían cumplir ciertas funciones terapéuticas. Pues aparte de reflexionar, teníamos otra tarea importante que cubrir que implicaba descubrir y tratar de modificar pautas patológicas a través

de indagar y revivir la conducta, lo que Dellarossa trataba de evitar en sus grupos.

En un grupo de reflexión, los participantes se reúnen para conversar, filosofar e incluso para redramatizar inconscientemente; al hablar de redramatización Dellarossa (1979) se refiere al fenómeno por el cual, cuando un integrante del grupo relata una situación en la que ha participado fuera de éste, el resto del grupo comienza a repetir dicha situación. Este suceso aparecerá con una intensidad proporcional a la carga de afectos que el miembro que habla pueda transmitir a sus compañeros. El autor comenta que el ocurrir de la redramatización en los grupos de reflexión es más limitada que en un grupo terapéutico; pero, por otra parte, acepta que cada uno de los participantes en cada una de las áreas de su actividad "opera con su personalidad y su carácter, aporta sus posibilidades y gravita con sus conflictos" (p: 72).

La esencia del grupo de reflexión es que las discusiones de los integrantes actúan predominantemente a nivel intelectual, Dellarossa (1979) apunta que cuando pasa a primer término el contenido dramático, donde lo afectivo domina, se halla en una situación semejante a la de un grupo terapéutico.

Cuando el coordinador del grupo lo considera necesario trata de motivar la capacidad de los miembros para lograr cierta "disociación operativa" que les permita pasar a ser observadores de todo lo que ellos mismos han estado actuando. También se fomenta que se pase del pensamiento más simple hasta la creación de nuevos esquemas y su conceptualización, exigiendo un alto nivel reflexivo.

El autor reconoce que un grupo organizado para reflexionar lo logrará sólo cuando el campo grupal se cargue de una tensión óptima, pero que el fenómeno, aunque "trasciende al individuo y es interpersonal, guarda relación con la esencia y el momento que esté viviendo cada uno de sus integrantes, es decir, con la manera que se manifiesta en lo relacional la dinámica intrapsíquica; y cerrando el circuito, los cambios que en este ámbito intrapsíquico provocan los estímulos provenientes del campo grupal" (p: 77).

No se debe olvidar que los grupos de reflexión surgieron en la práctica institucional y que por ello, el autor tomaba notas de algunas sesiones para reconstruirlas y analizarlas después.

En la primera sesión que Dellarossa llevó a cabo la dedicó a poner en claro la tarea que se iba a realizar; delimitando el campo en que se moverían, las normas que orientarían las relaciones, objetivos, así como el papel que le tocaría realizar a los integrantes y a él.

Para terminar, debemos señalar que en los grupos de reflexión, como en todos los grupos, resulta complicado escoger el material que aportan los integrantes, así como la devolución más adecuada que se debe hacer.

"El grupo es una caja negra, ésto es, un sistema opaco de mecanismos que escapan al conocimiento...El miedo de estar en grupo, de perder su identidad en el grupo es, sin duda, la primera dificultad que encontramos. En el fondo de estos temores están las fantasías, los argumentos imaginarios, inconscientes, donde se traban los deseos más secretos con los mecanismos de defensa más arcaicos, donde se amarran nuestros puntos vulnerables y de dónde puede emerger la obra de arte, la locura y el crimen, y también los sueños nocturnos y las queridas ensoñaciones diurnas". (Anzieu, 1998: 80-82)

CAPÍTULO IV

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA PARA ADOLESCENTES (MMPI-A)

4.1 Antecedentes

En el Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (Lucio, Ampudia y Durán, 1998) se señala que el MMPI original, desde su aparición en 1940, ha llegado a ser uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la personalidad. La razón es que, por una parte, cuenta con una base matemática sólida que permite reconocer el grado de validez de cada escala y, por otra, constituye un documento mediante el cual, el individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo.

El MMPI ya había sido utilizado en la evaluación de los adolescentes, no obstante, el contenido de los reactivos, si bien detectaban cierta patología (pues era aplicado desde los 14 hasta los 64 años) pasaba por alto temas como el comportamiento de los jóvenes en grupo, en su familia y escuela, así como el uso de drogas a esta edad.

La editorial de la Universidad de Minnesota estableció un comité, en 1982, para llevar a cabo la reestandarización del MMPI; entre las primeras decisiones del comité, se encontró desarrollar una forma experimental para adolescentes (Forma Adol EX), anexa al MMPI-2.

Los miembros del comité Robert Archer, James Butcher y Auke Tellegen, a principios de los 90's, al revisar los datos disponibles, sugirieron a la editorial publicar un cuadernillo y normas independientes de la prueba para adolescentes. También recomendaron que la mayoría de las escalas estándar del MMPI (10 escalas clínicas) deberían ser conservadas en el MMPI-A, gracias a su validez. Después de 9 años de ardua labor en Estados Unidos se publica por primera vez el MMPI-A en el año de 1992.

Años más tarde la Dra. Emilia Lucio en la Facultad de Psicología, respaldada por el Programa de Apoyo a Proyectos de Innovación Tecnológica de la Dirección de Asuntos del Personal Académico de la UNAM, realiza la versión en español con la colaboración de la Dra. Amada Ampudia y la Mtra. Consuelo Durán; contando con una muestra normativa (mayor a la de Estados Unidos) de 4050 adolescentes de los cuales 1904 fueron varones y 2146 mujeres.

La versión para México fue desarrollada de tal manera que puede ser utilizada por otros países latinoamericanos, además de haber servido de base para la versión hispana del MMPI-A publicada en Estados Unidos.

4.2 Escalas

El inventario consta de un cuestionario con 478 reactivos y una hoja de respuestas. Los reactivos pueden responderse de dos formas: verdadero o falso. Es una prueba donde sólo se utiliza lápiz y papel y se puede aplicar en forma individual o grupal, siendo ésta última la manera usada en la presente investigación, ya que se aplicó en pequeños grupos de 4 a 6 miembros.

El rango de edad recomendable para la aplicación del MMPI-A va de los 14 a los 18 años de edad. Es posible aplicarlo en niños de 12 o 13 años que puedan comprender y responder en forma válida el inventario.

La calificación de este instrumento puede llevarse a cabo por computadora o manualmente por medio de plantillas. Se emplea un perfil distinto para cada género, por lo que, las plantillas se usan para obtener las puntuaciones naturales de todas las escalas. Es importante señalar que reactivos que hayan sido omitidos o contestados como falso y verdadero al mismo tiempo, deberán eliminarse, trazándose el perfil mediante una línea continua que una los puntos de cada escala, obteniendo puntuaciones T.

Las pautas generales para la interpretación de las escalas del MMPI-A son las siguientes (Lucio, 1998):

- Una elevación clínicamente significativa se define como una puntuación $T \geq 65$. Las puntuaciones dentro de este rango indican una alta probabilidad de que las características o descriptores asociados con las escalas se apliquen al individuo.
- Las puntuaciones entre 60 y 64 inclusive, se consideran moderadamente elevadas. Es posible realizar interpretaciones dentro de este rango de puntuaciones, aunque se debe tener menos confianza en estas interpretaciones que en aquellas realizadas sobre mayores elevaciones.
- Las puntuaciones promedio de $T < 55$ resultan bajas. Éstas sugieren que el adolescente no avala los síntomas o problemas como algo relevante en su autodescripción.

Así, la Dra. Lucio (1998) nos recomienda tener mayor confianza en los descriptores que se muestran en forma repetida a lo largo de las escalas y provenientes de aquellas escalas que presentan mayores elevaciones.

El MMPI-A consta de 8 escalas indicadoras de validez (No podría decir?, INVAR, INVER, F₁, F₂, F, L, K); 10 escalas clínicas (Hs, D, Hi, Dp, Mf, Pa, Pt, Es, Ma, Is); 15 escalas de contenido (ANS-A, OBS-A, DEP-A, SAU-A, ENA-A, DEL-A, ENJ-A, CIN-A, PCO-A, BAE-A, ASL-A, ISO-A, FAM-A, ESC-A, RTR-A); y 6 escalas suplementarias (A-A, R-A, MAC-A, RPAD, TPAD, INM-A).

Las escalas de validez son las siguientes:

- ✦ **No podría decir ?**. Representa la cantidad de reactivos que se omitieron o anularon; cuando el número de estos llega a 30 o más y están distribuidos de manera regular a lo largo del inventario, el protocolo debe ser considerado inválido.
- ✦ **Inconsistencia de las respuestas variables (INVAR)**. Consiste en 50 pares de reactivos que respaldan las respuestas de F, ya que es una forma de indagar la posibilidad de que el individuo haya contestado de manera indiscriminada y por ende que el protocolo carezca de validez. Entonces, al obtener una puntuación cruda mayor a 12 en esta escala, el protocolo se invalida.
- ✦ **Inconsistencia de las respuestas verdaderas (INVER)**. Consta de 24 reactivos y, cuando su puntuación cruda cae fuera del rango de 5 a 13 puntos, indica que el protocolo no es válido. Mediante esta escala se puede reforzar la puntuación elevada de L: explorando la tendencia a contestar todo como verdadero o falso.
- ✦ **Infrecuencias (F, F₁, F₂)**. Se compone de 66 reactivos: 33 de la escala F₁ que aparecen en los primeros 350 reactivos de la prueba, y 33

correspondientes a F_2 que se encuentran en la segunda parte del inventario. Los perfiles cuyas puntuaciones T son iguales o mayores a 90 (una puntuación natural menor de 40 en varones y menor de 34 en mujeres) generalmente se consideran como carentes de validez. Con la ayuda de F se pueden encontrar desajustes graves, tendencias a responder de manera descuidada, inconsistente o falsa al exagerar los síntomas.

- ✦ **Mentira (L)**. Se compone de 14 reactivos; está destinada a detectar intentos de los sujetos por mostrarse en una situación favorable, principalmente en lo que respecta a la ética personal o conducta social.
- ✦ **Defensividad (K)**. Se compone de 30 ítems que tienen el propósito de identificar individuos que responden defensivamente y sin espontaneidad.

Escalas Clínicas:

- ✦ **Escala 1 (Hipocondrías: Hs)**. Consta de 32 reactivos. Las elevaciones hablan de la preocupación por la salud y enfermedades.
- ✦ **Escala 2 (Depresión: D)**. Esta conformada por 57 ítems e investiga el índice de insatisfacción general con la propia vida, sentimientos de poca motivación, desesperanza y moral pobre.
- ✦ **Escala 3 (Histeria: Hl)**. Consiste en 60 reactivos. Identifica a los sujetos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto a nivel sensorial como en el motor sin base orgánica. Abarca dos áreas de contenido: preocupaciones somáticas y negación de problemas, así como la necesidad de aceptación y aprobación social.
- ✦ **Escala 4 (Desviación psicopática: Dp)**. Está compuesta por 49 reactivos e indica respuestas de jóvenes con patrones de conducta que incluyen mentir, robar, promiscuidad sexual y abuso del alcohol.

- ❖ **Escala 5 (Masculinidad-Feminidad: Mf).** Se constituye por 44 reactivos y brinda una medida de los intereses masculinos o femeninos.
- ❖ **Escala 6 (Paranoia: Pa).** Comprende 40 reactivos elaborados para identificar aquellos sujetos que manifiestan sintomatología paranoide (ideas de referencia, suspicacia, sentimientos de persecución, rigidez y rectitud moral personal).
- ❖ **Escala 7 (Psicastenia: Pf).** Tiene 48 reactivos que evalúan una amplia variedad de sintomatología, incluyendo quejas físicas, infelicidad, problemas de concentración, pensamientos obsesivos, ansiedad y sentimientos de inferioridad.
- ❖ **Escala 8 (Esquizofrenia: Es).** Contiene 77 reactivos que exploran procesos de pensamiento delirante, percepciones peculiares como alucinaciones, aislamiento social, trastornos de afecto y la conducta, así como dificultades para concentrarse e impulsividad.
- ❖ **Escala 9 (Hipomanía: Ma).** Posee 46 reactivos, cuyas áreas de contenido son grandiosidad, imitabilidad, fuga de ideas, egocentrismo, estado de ánimo elevado e hiperactividad cognoscitiva y conductual.
- ❖ **Escala 0 (Introversión social: Is).** Se basa en 62 ítems que buscan índices asociados al retraimiento social y baja autoestima.

Escalas de contenido:

- ❖ **ANS-A (Ansiedad-adolescentes).** Cuenta con 21 reactivos que identifican síntomas de ansiedad; tensión, preocupaciones frecuentes, trastornos del sueño, confusión, dificultades para concentrarse e incapacidad para mantenerse ocupado en una tarea.
- ❖ **OBS-A (Obsesividad-adolescentes).** Consta de 15 reactivos, explora preocupaciones desproporcionadas, por lo general relacionados

con asuntos triviales, pensamientos obsesivos y problemas para dormir.

- ❖ **DEP-A (Depresión-adolescentes).** Tiene 26 reactivos que indican síntomas de depresión; periodos de llanto y fatiga, insatisfacción con la vida, pensamientos autorreprobatorios, sentimientos de tristeza y deseos de morirse.
- ❖ **SAU-A (Preocupación por la salud-adolescentes).** Contiene 37 reactivos que identifican preocupaciones por problemas físicos que intervienen con el disfrute de actividades.
- ❖ **ENA-A (Enajenación-adolescentes).** Consta de 20 reactivos que indagan la distancia emocional con respecto a los otros.
- ❖ **DEL-A (Pensamiento delirante-adolescentes).** Esta construida por 19 preguntas que evalúan si existen pensamientos y experiencias extrañas; alucinaciones e ideaciones.
- ❖ **ENJ-A (Enojo-adolescentes).** Tiene 17 ítems que buscan en los sujetos problemas importantes en el control del enojo: blasfemias, destrucción de las cosas, peleas y berinches.
- ❖ **CIN-A (Cinismo-adolescentes).** Esta compuesta por 22 reactivos que identifican actitudes misantrópicas; utilizan medios injustos para obtener ventajas.
- ❖ **PCO-A (Problemas de conducta-adolescentes).** En esta escala se incluyen 23 reactivos que evalúan diversos problemas de conducta; robo, mentiras, destrucción de objetos, irrespetuosidad, opocisionismo, etc.
- ❖ **BAE-A (Baja autoestima-adolescentes).** Se forma por 18 reactivos que identifican si los sujetos poseen opiniones muy negativas acerca de ellos mismos; sentirse poco atractivos, falta de confianza en sí mismos, sentimientos de inutilidad, considerar tener pocas habilidades y muchas fallas y no ser capaces de hacer nada.

- ❖ **ASL-A (Aspiraciones limitadas-adolescentes)**. Se compone de 16 reactivos que exploran si a los sujetos no les interesa tener éxito en lo que hacen; no les gusta estudiar para saber algo.
- ❖ **ISO-A (Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes)**. 24 reactivos la conforman, e identifican que tanto les es difícil a los sujetos convivir con otros, si son tímidos y prefieren estar solos.
- ❖ **FAM-A (Problemas familiares-adolescentes)**. Compuesta por 35 ítems que investigan si existen problemas con los padres y otros miembros familiares.
- ❖ **ESC-A (Problemas escolares-adolescentes)**. 20 reactivos integran esta escala que identifica las dificultades del adolescente respecto a la escuela como las bajas calificaciones, las suspensiones y las actitudes negativas hacia los maestros, entre otros.
- ❖ **RTR-A (Rechazo al tratamiento-adolescentes)**. 26 reactivos a través de los que se trata de identificar las actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental.

Escalas Suplementarias:

- ❖ **A-A (Ansiedad)**. Se incluyen 35 reactivos que exploran angustia, ansiedad, molestias y trastornos emocionales generales.
- ❖ **R-A (Represión)**. 33 reactivos conforman esta escala que indaga si la gente es convencional, sumisa, que trata de evadir situaciones displacenteras.
- ❖ **MAC-A (Alcoholismo de MacAndrew-revisada)**. Contiene 49 reactivos que buscan el posible uso de sustancias.
- ❖ **RPAD (Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas)**. En esta escala hay 13 reactivos que determinan si el adolescente reconoce o no tener problemas con el uso del alcohol y las drogas.

- ❖ **TPAD (Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas).** Escala de 36 reactivos, desarrollada para identificar la probabilidad que los adolescentes presenten problemas de alcohol y drogas.
- ❖ **INM-A (Inmadurez-adolescentes).** Presenta 43 reactivos que buscan determinar el grado de inmadurez a partir de las conductas, actitudes y percepciones del sujeto y otros.

La mayoría de las escalas de la prueba muestran una consistencia interna que va de moderada a alta (Lucio, 1998), la cual se obtuvo a través del coeficiente alfa de Cronbach. Los coeficientes de consistencia interna de las escalas básicas, de contenido y suplementarias para la muestra normativa mexicana van de 0.47 a 0.50 en varones y de 0.35 a 0.87 en mujeres; variando por escalas.

Por otra parte, los coeficientes de consistencia interna de las escalas básicas, de contenido y suplementarias para la muestra clínica mexicana para los varones muestran un rango de 0.50 a 0.89 y para las muchachas de 0.52 a 0.92.

La Dra. Lucio (1998) concluye que los datos obtenidos indican que el MMPI-A es válido y confiable para la población mexicana. Además de ser útil en la práctica clínica al permitir diferenciar los individuos que poseen rasgos psicopatológicos de quienes no los tienen. Y su interpretación puede ser conveniente para el diagnóstico y tratamiento de adolescentes mexicanos.

†

† En caso de requerir mayor información sobre el instrumento, dirigirse con la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo en la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología de la UNAM.

CAPÍTULO V

MÉTODO

5.1 Planteamiento del problema

Aunque el término autoestima ha sido definido por varios autores de manera diferente, se puede encontrar una semejanza en todas estas definiciones y es el hecho de que todas mencionan que éste componente es el resultado de la satisfacción o inconformidad que se tiene como persona.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" observamos que, en una gran parte de los pacientes jóvenes que acuden, se presenta una baja autoestima, por lo que consideramos importante una intervención que apunte a incrementar la autoestimación del sujeto.

La intervención que proponemos es un grupo de reflexión, pues éste busca que, a través de la palabra, los adolescentes aprehendan su realidad, es decir, que sean capaces de identificar sus sentimientos, capacidades y limitaciones; posibilitando su expresión de manera abierta y adecuada.

5.1.1 Preguntas de Investigación

1. ¿Habrán diferencias en la autoestima de los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia antes y después de su participación en el grupo de reflexión?

- II. ¿La participación en el grupo de reflexión promoverá que los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia se percaten de sus pensamientos, sentimientos y reacciones relacionados con su autoestima?
- III. ¿Motivar a los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia a autoconocerse posibilitará que se den cuenta de sus capacidades y limitaciones permitiéndoles crear y adoptar otras formas de enfrentar sus problemas?
- IV. ¿Qué factores se relacionan estrechamente con la autoestima?
- V. ¿Cómo incide el grupo de reflexión en los factores asociados a la autoestima?

5.1.2 Objetivos

Objetivo General. Determinar si el grupo de reflexión sobre la autoestima incrementará ésta en los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia.

Objetivos Específicos.

- I. Promover que por medio de la reflexión los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia se den cuenta de los pensamientos, sentimientos y reacciones que derivan de su autoestima.
- II. Motivar que los adolescentes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

de la clínica de la adolescencia se autoreconozcan y reconozcan sus capacidades y limitaciones y así, puedan crear y adoptar otras formas de enfrentar sus problemas.

III. Analizar los factores que se relacionan estrechamente con la autoestima.

IV. Determinar como incide el grupo de reflexión sobre la autoestima y los factores asociados a ella.

5.2 Hipótesis

- H₁. El grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes incrementará ésta.
- H₀. El grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes no incidirá en ésta.

5.3 Variables

☒ *Variable Independiente:* Grupo de reflexión.

☒ *Variable dependiente:* Autoestima.

5.4 Definiciones conceptuales

- **Grupo de Reflexión.** Siguiendo a Dellarossa (1979), el grupo de reflexión trabaja "intercambiando información y reflexionando acerca de ella... operando en niveles que van desde el pensamiento más simple hasta la creación de nuevos esquemas y su conceptualización" (p: 9).

- **Autoestima.** En el inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A, 1998) se considera como baja autoestima-adolescentes (BAE-A) el referir opiniones muy negativas acerca de sí mismo, incluyendo sentirse poco atractivo, no tener confianza y poseer sentimientos de inutilidad; considerar contar con pocas habilidades, muchas fallas y no hacer nada bien. Ceder fácilmente ante las presiones de los demás, cambiando de opinión o desistiendo en las discusiones. Tender a dejar que la gente se haga cargo de los problemas cuando éstos tienen que solucionarse y no sentirse capaz para planear el futuro propio. Sintiendo incomodidad cuando los demás dicen cosas agradables acerca de ellos, siendo olvidadizos o pudiendo confundirse fácilmente.

5.5 Definiciones operacionales

- **Grupo de reflexión.** La participación de los adolescentes en el grupo de reflexión sobre autoestima.
- **Autoestima.** Se midió en todos los sujetos pertenecientes al grupo de reflexión a través de la escala de contenido baja autoestima-adolescentes (BAE-A) del Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), que considera como puntajes elevados las puntuaciones $T \geq 65$.

† Es importante mencionar que, aunque el MMPI-A no fue diseñado para una población menor a los catorce años de edad, nosotras lo aplicamos a adolescentes de 12 y 13 años, debido a las condiciones a las que se enfrentó la investigación, entre las que destacan, por un lado, el hecho de que la mayoría de los pacientes que acuden al hospital oscila en esa edad y, por otro, que el MMPI-A fue el mejor instrumento que hallamos para medir la autoestima. No obstante, los adolescentes de menor edad de la muestra poseían una inteligencia Normal Brillante y cursaban al menos 1° de secundaria, lo que les permitió contestar de forma válida los reactivos del instrumento.

5.6 Muestra

De la población de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", de consulta externa de la Clínica de la Adolescencia, se obtuvo una muestra de 14 sujetos, tanto del sexo femenino como del masculino, cuya edad osciló entre los 12 y los 15 años. Los cuales fueron elegidos a través del MMPI-A al obtener un puntaje elevado ($T \geq 65$) en la escala baja autoestima-adolescentes (BAE-A).

5.6.1. Muestreo

Para fines de la investigación el muestreo fue no probabilístico por cuota e intencional, pues se buscaron sujetos que llenaron los criterios de inclusión hasta tener un total de 14 participantes.

5.6.2 Criterios de inclusión

- (1) Pacientes de la consulta externa, de la Clínica de la adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- (2) Adolescentes que tengan entre 12 y 15 años.
- (3) Sujetos que den la impresión de tener mínimo un coeficiente intelectual (C.I.) normal.
- (4) Contar con historia clínica completa.
- (5) Obtención de una puntuación elevada ($T \geq 65$) en la escala de contenido denominada baja autoestima-adolescentes (BAE-A) del inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A), validado por la Dra. Lucio para adolescentes mexicanos.
- (6) Sin recibir en este momento tratamiento psicoterapéutico grupal.
- (7) Con muestras de interés y compromiso de participar.

(8) Autorización de los padres o tutores para la asistencia de sus hijos a la investigación.

5.6.3. Criterios de exclusión

- (1) Pacientes que no sean de consulta externa, de la Clínica de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".
- (2) Adolescentes cuya edad sea menor a los 12 años o mayor a los 15 años 11 meses.
- (3) Sujetos que den la impresión de tener un coeficiente intelectual (C.I) por abajo de la normalidad.
- (4) No contar con historia clínica completa.
- (5) Obtención de una puntuación moderada (de T60 a 64) o baja (T<55) en la escala de contenido denominada baja autoestima-adolescentes (BAE-A) del inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A) validado para la población mexicana por la Dra. Lucio.
- (6) Que acudan a un tratamiento psicoterapéutico grupal, dentro y/o fuera de la institución.
- (7) Pacientes que no quieran participar.
- (8) Sujetos cuyos padres o tutores no autoricen su participación en la investigación.

5.7 Tipo de Investigación

La investigación que se realizó fue aplicada y pre-experimental, pues se construyó intencionalmente una situación a la que la muestra fue expuesta, situación que consistió en recibir un tratamiento (grupo de reflexión) bajo ciertas circunstancias. Esta investigación no cumple con todos los requerimientos para poder ser clasificada como una

investigación propiamente experimental, ya que también se tomaron ciertos parámetros de los estudios descriptivos al buscar, vélgase la redundancia, describir la situación en que se encontraba la autoestima de los adolescentes participantes, antes y después de la exposición al tratamiento. De igual manera se buscó especificar las características de los adolescentes que fueron sometidos a la variable independiente (Sampieri, 1998).

Debido al objetivo de la investigación se optó por una N pequeña, ya que no se contaba con la facilidad de satisfacer los requerimientos de una investigación con N grande, pues se contaba con un número reducido de sujetos, por pertenecer a la población de una institución de salud mental. Además de que la investigación consistió en probar la efectividad del tratamiento propuesto, no siendo ético poner como condición a los pacientes de un grupo control abstenerse de acudir a cualquier otro tipo de tratamiento terapéutico grupal.

Al contar con una N pequeña, se puede observar con mayor precisión los cambios que los sujetos van presentando: siendo el sujeto su propio control (Zinser, 1992).

5.8 Diseño de Investigación

El diseño que se utilizó fue de un solo grupo, con la aplicación del pretest-postest, el cual consiste en la aplicación de una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental y luego de que la intervención es hecha, se administra nuevamente la prueba. El diseño ofrece la ventaja de que existe un punto de referencia inicial para identificar

como se comporta la variable dependiente (autoestima) antes del tratamiento (grupo de reflexión) (Sampieri, 1998).

Prefest MMPI-A	Tx. Grupo de reflexión	Postest MMPI-A
--------------------------	----------------------------------	--------------------------

5.9 Instrumentos o técnicas

- a. Expediente clínico del archivo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" constituido por una nota inicial, historia clínica, reportes de estudios de gabinete, informes socioeconómicos, reportes psicodiagnósticos y notas de evolución de las áreas que atendían o atendieron al paciente.
- b. Entrevista basada en el modelo de Lebovici (1992) grabada en audio.
- c. Observaciones y reporte de cada sesión (bitácora).
- d. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (Véase capítulo 4)

5.10 Escenario

Los espacios que se utilizaron fueron los consultorios 7 y 9 del departamento de psicología de la Clínica de la adolescencia de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", donde se realizaron las entrevistas y las aplicaciones del inventario. El grupo de reflexión fue llevado a cabo en el consultorio 7 donde las sillas se dispusieron en círculo y tanto los pacientes como las coordinadoras se sentaron indistintamente, es decir, sin lugares previamente asignados.

5. 11 Procedimiento

Como primer paso se informó a los adolescentes acerca de la investigación, al mismo tiempo que se les invitó a participar. En caso de aceptar se les pidió firmaran, tanto ellos como sus padres o tutores, un documento que acreditara su participación.

Después se aplicó el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota para adolescentes (MMPI-A) en grupos pequeños de 4 a 6 participantes, eligiendo a aquellos cuya puntuación fue elevada ($T \geq 65$) en la escala de contenido de baja autoestima-adolescentes (BAE-A). Luego se le realizó, a cada adolescente, una entrevista basada en el modelo de Lebovici (1992), la cual fue grabada en audio y cuya duración aproximada fue de 45 minutos. Al haber alcanzado la muestra de 14 sujetos se acordó la fecha de inicio del grupo de reflexión.

Se programaron 11 sesiones, una por semana, con una duración aproximada de 90 minutos. La estructura general de las sesiones consistió en una fase de calentamiento, un clímax, la reflexión y el cierre.

Una semana después de concluido el grupo de reflexión sobre autoestima se citó nuevamente a los adolescentes para realizar el postest del MMPI-A.

A continuación presentamos un resumen del contenido de cada sesión:

Sesión 1.

Objetivo: Realizar la presentación de cada miembro del grupo, formular el encuadre y fomentar un ambiente de libertad y confianza.

Se realiza la presentación de cada uno de los integrantes del grupo quienes proporcionan su nombre, edad, escolaridad, motivo de ingreso al hospital, qué los hizo aceptar participar en el grupo de reflexión y qué esperan obtener de él.

Se les expone la forma de trabajar y se dan a conocer las reglas a seguir para el funcionamiento del grupo:

(A) Puntualidad y asistencia.

(B) Confidencialidad, es decir, que todo lo que se habla en el grupo no puede decirse fuera de él. Se les aclara que al encontrarnos dentro de una institución es necesario realizar notas de expediente.

(C) No agredirse ni agredir físicamente a los demás.

(D) No maltratar las instalaciones ni el mobiliario.

Finalmente se abre un espacio dentro del cual los adolescentes puedan exponer dudas y comentarios.

Sesión 2.

Objetivo: Conocer cómo los adolescentes definen y viven la autoestima e identificar cómo se encuentran con respecto a la misma.

Se trabaja sobre el concepto que cada paciente tiene de autoestima y de cómo consideran qué es su autoestima y por qué piensan que es como la describen. Se discute acerca de los eventos en que las personas experimentan alta o baja autoestima relacionándolos con situaciones en que cada uno siente tener una alta o baja autoestima.

Sesión 3.

Objetivo: Identificar posibles causas de la formación y desarrollo de su autoestima.

Se discute acerca de lo que piensan sobre la formación y desarrollo de la autoestima, se reflexiona acerca de cómo los pacientes piensan o creen se ha ido construyendo su autoestima. Se habla de recuerdos significativos en los que reconocen experimentar baja o alta autoestima.

Sesión 4.

Objetivo: Reconocer las medidas compensatorias a su baja autoestima y promover que cada sujeto se responsabilice de sus actos y de sí mismo.

Se enfatiza lo trabajado en sesiones anteriores y se habla sobre las reacciones ante las situaciones que hacen sentir inseguridad, buscando reconozcan y expliquen sus conductas.

Para finalizar se pide una conclusión personal acerca del material discutido.

Sesión 5.

Objetivo: Que el sujeto identifique las principales áreas en las que considere requerir un cambio con relación a la autoestima.

Abordar las áreas que cada adolescente piensa que en él mismo o en los otros se necesita un cambio.

Sesión 6.

Objetivo: Promover que el sujeto identifique sus sentimientos o pensamientos acerca de las relaciones familiares que establece.

Exponer las dificultades con miembros de su familia, que han sido producto o han propiciado una baja autoestima y aquellas situaciones en las que su autoestima ha sido alta. Se reflexiona sobre otras formas en que puedan relacionarse para que su autoestima no se vea disminuida.

También se habla de los recursos con que cada individuo cuenta para poder enfrentar situaciones adversas de una manera menos angustiante y dolorosa.

Sesión 7.

Objetivo: Promover que cada sujeto reflexione acerca de cómo son y cómo vive las distintas relaciones interpersonales que establece (compañerismo, amistad, noviazgo y sexualidad).

Se reflexiona acerca de las dificultades en sus relaciones interpersonales, que han sido producto o han propiciado una baja autoestima y situaciones en que su autoestima ha sido alta.

Se hace notar que existen otras formas para conducirse en las relaciones que pueden tener resultados que no deriven en la obtención o reafirmación de una baja autoestima.

Sesión 8.

Objetivo: Impulsar que los adolescentes detecten aquellos eventos escolares y/o de trabajo ante los cuales han sentido una autoestima baja.

Se habla de lo que les hacen sentir sus éxitos y fracasos en el ámbito escolar o laboral y de cómo pueden potencializar los recursos con que cuentan para afrontar los eventos sin deteriorar su autoestima.

Sesión 9.

Objetivo: Que cada sujeto identifique las posibles causas y razones por las que se oponen a un cambio y promover éste.

Con el material obtenido de las sesiones anteriores se les invita a reflexionar las posibles causas a las que atribuyen su forma de actuar y de experimentar su autoestima. Se espera que los adolescentes puedan darse cuenta, en los diferentes momentos y ámbitos de su vida, de la tendencia a responder en forma parecida, y que es ésta la que obstaculiza un cambio.

Sesión 10.

Objetivo: Promover que los sujetos identifiquen qué sienten o piensan acerca de su cuerpo y relacionar ésta imagen que tienen de su soma con la influencia que tiene sobre su autoestima.

Identificar qué partes de su cuerpo les gustan y cuáles no y el por qué de esto. También hablar de qué cosas hacen para disimular aquellas partes que no les agradan y para hacer notar las que les gustan.

Relacionar esto en función a su autoestima: para que puedan darse cuenta de que su autoimagen depende tanto de la forma en que se miran y han sido mirados, como de los modelos de belleza socialmente impuestos.

Sesión 11.

Objetivo: Evaluar y realizar el cierre del grupo.

En ésta sesión se pide a los integrantes den su opinión acerca del trabajo en el grupo, de cómo se sintieron, qué los hizo sentir cada uno de sus compañeros (incluyéndonos) y cuáles de las expectativas con las que llegaron piensan que se cumplieron y cuales no.

Finalmente se pide otorguen sugerencias de cambio o modificaciones al grupo de reflexión.

Se agradece su participación, se da una devolución grupal e individual y se cita a los adolescentes para la semana siguiente con el fin de realizar el postest.

5.12 Análisis de datos

La calificación, tanto del pretest como del postest, se llevó a cabo manualmente por medio de plantillas y posteriormente se realizó una revisión de las escalas INVAR e INVER a través de la lectora óptica.

El análisis de estos datos se elaboró mediante estadística descriptiva, comprendida por la agrupación de datos (puntuaciones T) y la obtención de medias en la hoja de cálculo EXCEL.

La información obtenida a través del expediente clínico, la entrevista grabada en audio, y el pretest del MMPI-A se analizó, para realizar un reporte donde se informaron las características principales y comunes del grupo, antes de comenzar las sesiones.

Por otra parte, la información de la bitácora y el postest del MMPI-A dio paso a la interpretación clínica de los resultados.

Cabe señalar que para fines del presente trabajo se seleccionaron las escalas con los puntajes del MMPI-A más elevados, con las cuales se elaboró el análisis tanto del pretest como del postest.

CAPITULO VI

RESULTADOS

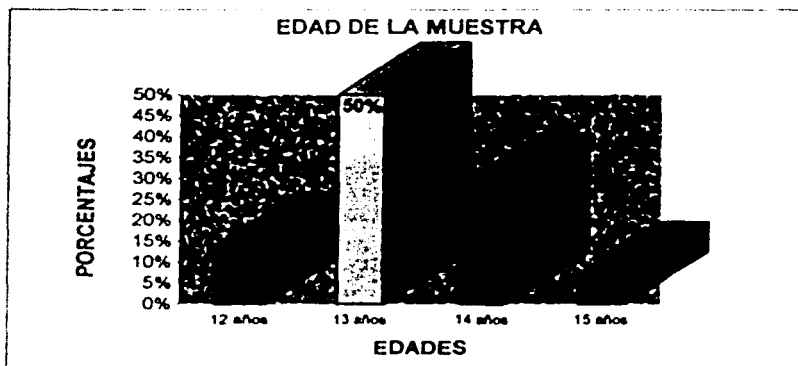
6.1 Descripción de las características iniciales de la muestra

El subsecuente análisis tiene como finalidad ofrecer un panorama general acerca de las características iniciales de la muestra. Su elaboración se basa en los datos obtenidos antes de comenzar las sesiones del grupo de reflexión sobre autoestima para adolescentes, información que fue recabada a través de las siguientes actividades:

- a) Revisión de los expedientes clínicos, que estaban constituidos por una nota inicial, la historia clínica, estudios de gabinete (electroencefalogramas y análisis químicos), informes socioeconómicos, reportes psicodiagnósticos que incluían las áreas cognoscitiva y emocional y, finalmente, por notas de evolución elaboradas por las distintas áreas del hospital que atendían o habían atendido a los pacientes siendo las más frecuentes: las clínicas del Desarrollo, la de Atención y Conducta, de las Emociones, de PAINAVAS (Programa de atención a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual) y Adolescencia, así como los servicios de Apoyo Psicopedagógico, Terapia de Lenguaje, Neuropediatría, Pediatría y Ortopedia.
- b) Entrevistas realizadas a la muestra (14 sujetos) basadas en el modelo de Lebovici (1992), las entrevistas fueron individuales, con una duración aproximada de 45 minutos y grabadas en audio.
- c) Resultados del pretest del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) que se aplicó a la muestra de manera colectiva.

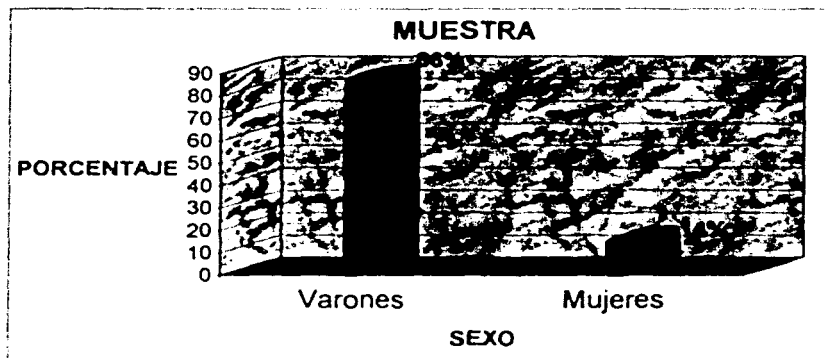
6.1.1 Datos generales e la muestra

La muestra se formó con 14 adolescentes, cuyas edades oscilarán entre los 12 y los 15 años de edad. La gráfica que se muestra a continuación es una representación de ello.



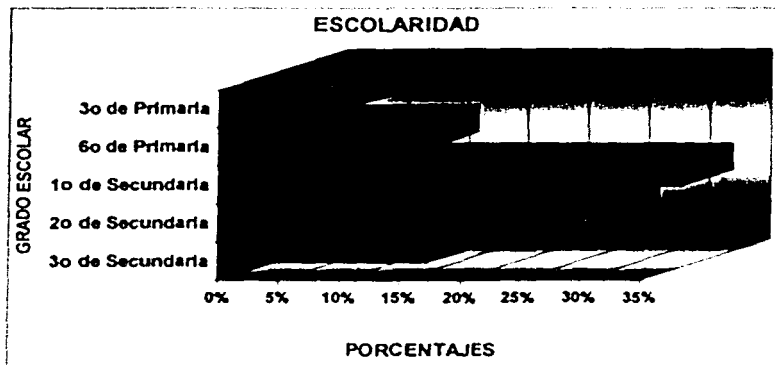
GRÁFICA 1.

El grupo se conformó en un 14% de mujeres ($N = 2$) y una proporción del 86% de hombres ($N = 12$), como se muestra en el subsecuente gráfico.



GRÁFICA 2.

El esquema que prosigue enseña el grado de escolaridad de la muestra, al momento de la investigación. Cabe mencionar que los problemas académicos de los adolescentes, que cursaban 3° y 6° de primaria, son atribuibles a conflictos de índole emocional.



GRÁFICA 3.

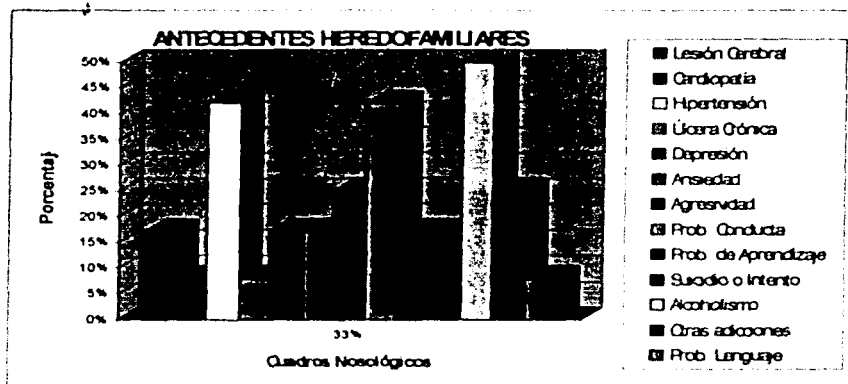
La situación familiar actual de la muestra se expone en la siguiente tabla:

En caso con:	N	%
Un solo padre	173	87.5
Muerto	173	87.5
Padre	73	37.5
Otros (abandonados y primarios)	73	37.5

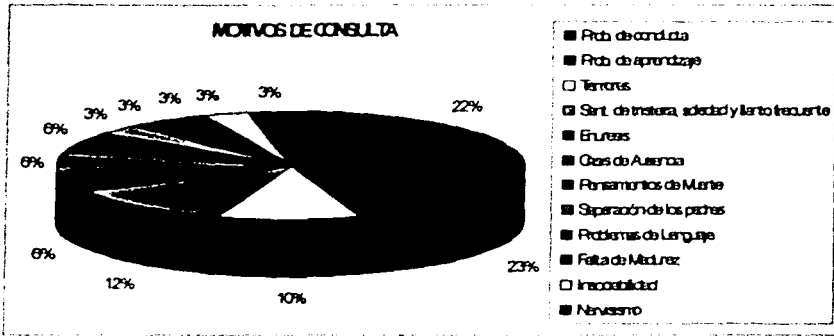
TABLA 1.

Por otra parte, se encontró que el 100% de los adolescentes provenían de un nivel socioeconómico medio bajo.

De la misma manera, se halló que el 100% presenta algún antecedente familiar, ya sea de tipo médico y/o psiquiátrico, entre los que se descubrieron, como los más frecuentes, los que se muestran a continuación:

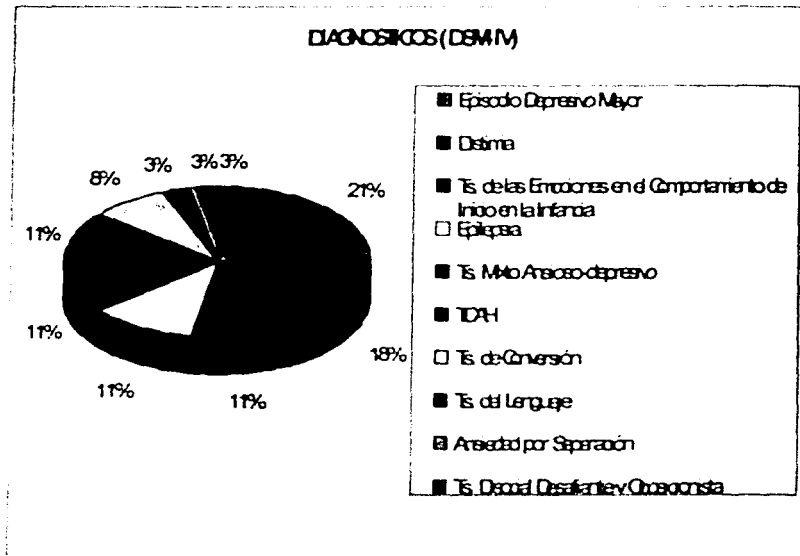


Los motivos de consulta mencionados por los padres de los pacientes y los adolescentes se representan en la gráfica 5. En ésta gráfica, por problemas de conducta entendemos agresión, inquietud, robo y no ir a la escuela; por problemas de rendimiento escolar distracción, reprobación y olvido; y entre los temores que reportaron se hayan la oscuridad, hablar y dormir solo.



GRÁFICA 5.

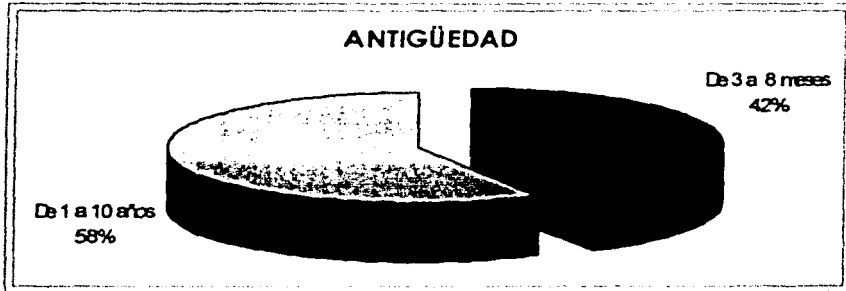
Enseguida se presentan datos que derivan de los diagnósticos que los psiquiatras del hospital realizaron previamente, basándose en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).



GRÁFICA 6.

Relacionados a éstos motivos y diagnósticos nos encontramos con que el 43% de los pacientes poseía un electroencefalograma anormal, el 83% presentaba problemas en el sueño: dificultad para dormir, despertares durante la noche, pesadillas, nocturnidad, bruxismo, y dificultad para despertar. También se halló que los adolescentes, en su mayoría (75%), manifestaban síntomas psicósomáticos como vómitos, náuseas, temblores, taquicardias, tics, dolores de cabeza, cuadros faríngeos, baja agudeza visual, dermatitis, enuresis, infecciones de las vías respiratorias, sudoración, resequeza bucal y adinamia.

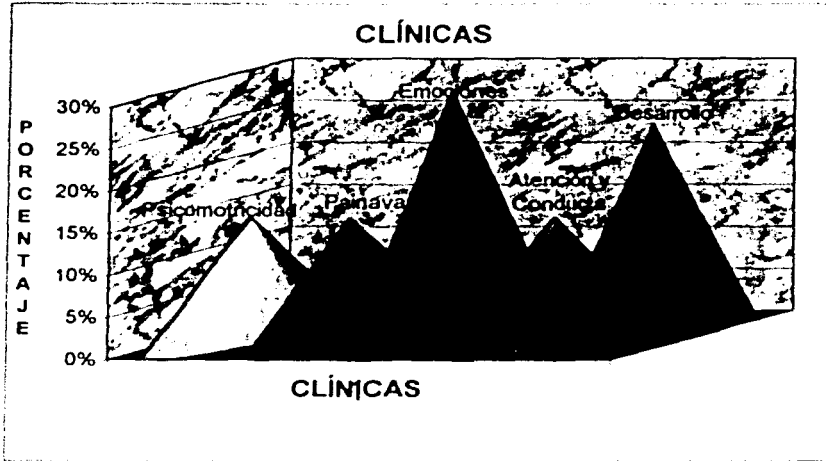
Debido a éstos padecimientos los pacientes han asistido al hospital por diversos periodos de tiempo. El esquema siguiente exhibe la antigüedad que poseen los jóvenes dentro de la institución psiquiátrica.



GRÁFICA 7.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Los pacientes han sido atendidos por distintas áreas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" entre las que destacan:



GRÁFICA 8.

También el 71% de la muestra había recibido otros tipos de tratamientos, los cuales se presentan en la tabla 2.

Treatmento	N	%
Terapia Grupal	1	14%
Terapia Individual	1	14%
Psicomotricidad	1	14%
Terapia de Lenguaje	1	14%
Terapia de Juego	6	25%
Psicólogo particular	2	7%
Otros (Impios)	2	7%
Más de un tratamiento	5	31%

TABLA 2.

Es importante señalar que no todos los pacientes recibieron los tratamientos anteriores dentro de esta institución hospitalaria, sino que asistieron a otros sitios como al Instituto Nacional de Pediatría (INP), al Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez" (HIM), al Centro integral de Salud Mental (CISAME), al CAPEP y al USAER.

A pesar de que los pacientes tenían un largo historial de asistencia a la institución, o tal vez por esta razón, pudimos observar diversas reacciones de ansiedad a la entrevista, las más notorias se describen en la tabla que se presenta a continuación:

Síntomas	%
Temblor de manos	37
Moverse mucho durante la entrevista	33
Interrupción de la entrevista	23
Tos y estornudo	17

TABLA 3.

Asimismo, en las entrevistas los pacientes manifestaron sentimientos de abandono y rechazo, que pueden relacionarse con la forma en que están constituidas las familias (véase tabla 1); el 57% de ellas son uniparentales o ingresaron a la familia extensa.

El 33% de los adolescentes sienten haber sido rechazados por personas cercanas a ellos, entre los que se encuentran los hermanos, el padre y la familia de este último, el 67% de los jóvenes fueron producto de un embarazo no planeado ni deseado. El 33% de las madres atravesaron por una situación inestable con su pareja durante el embarazo y el 42% presentó molestias y enfermedades tales como: infecciones venéreas, desnutrición, anemia, náuseas, vómitos y

alcoholismo, por lo que algunas tuvieron la necesidad de ingerir medicamentos y/o vitaminas en el transcurso del embarazo.

Al momento de nacer, el 42% de los pacientes presentaron problemas de salud, entre los que se hallan ictericia, hipoxia y parto prematuro los que ameritaron, según el caso, el empleo de fórceps, incubadora, transfusión sanguínea o cesárea urgente.

De la infancia de los adolescentes resaltan los siguientes datos: en la etapa de lactancia el 25% no fue alimentado con leche materna; el 50% tuvo poco intercambio afectivo con su madre, ya que el maternaje fue ejercido por otros (abuela materna, el padre, los tíos o alguna vecina); el 33% de los pacientes mostró un desarrollo psicomotor tardío (dificultad para caminar y alcanzar los movimientos motrices finos); el 50% tuvo problemas de lenguaje (dificultad en la pronunciación y comprensión de algunas palabras) que en la mitad de los casos aún persisten y el 58% manifestó trastornos en la alimentación (deshidratación, desnutrición u obesidad). También se observó que el 42% de los chicos ha sufrido múltiples accidentes como: fracturas de brazos y piernas, traumas craneoencefálicos e intoxicación con medicamentos.

Por lo general, cuando los adolescentes eran pequeños se desintegraban sus núcleos familiares por continuos desacuerdos entre los padres y muestras de violencia, los cuales eran presenciados por los hijos. Luego de la separación de los padres, generalmente era con la madre con quienes se quedaban a vivir los pacientes (véase tabla 1); teniendo una imagen materna exaltada, presentando problemas para separarse de ella y cuando la madre tiene una nueva pareja, ésta no es bien aceptada por los adolescentes, quienes en un 25% mantienen

una relación agresiva con éstos sustitutos paternos, no aceptando sus correcciones, insultándolos y no permitiéndoles que se les acerquen afectivamente. Por otro lado, a los padres biológicos los perciben agresivos y lejanos emocionalmente.

Al vivir únicamente con uno de los padres, éste se ve obligado a salir a trabajar, por lo cual son los abuelos o los tíos quienes se encargan del cuidado y educación de los hijos, presentándose continuamente contradicciones, problemas y peleas por la manera de educar y disciplinar a los muchachos, quienes reciben dobles mensajes. De ésta manera se fomenta la falta de límites claros que les permitan respetar normas y a las figuras de autoridad, por lo que el 58% tiene problemas escolares por enfrentar e insultar a los maestros, molestar a sus compañeros, no hacer tareas, no poner atención a las clases y reprobar (de 1 a 3 años), obteniendo, así, varios reportes sobre su conducta, cartas condicionales y expulsiones, pasando por varias escuelas (de 2 a 5). Por la reincidencia del fracaso escolar, la mayoría de los adolescentes no poseen planes a futuro en cuanto a lo académico ni en lo referente a su vida en general.

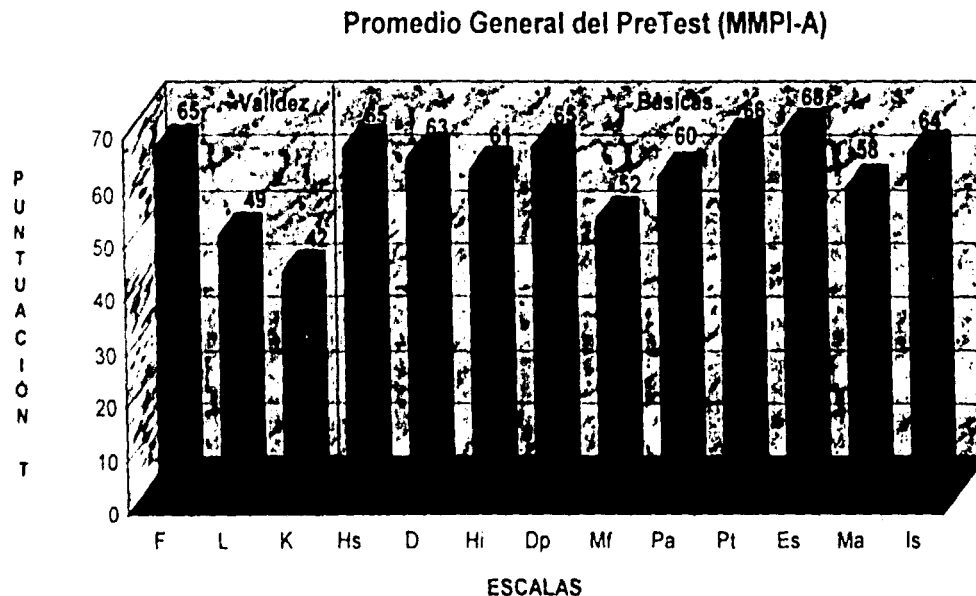
El ser familias tan amplias y contar con poco espacio en el hogar facilitó el hecho de que el 50% de los pacientes durmieran acompañados, principalmente por la madre, hasta los 10 u 11 años aproximadamente.

Los datos obtenidos acerca de la concepción, embarazo, nacimiento y desarrollo de los primeros años de vida de los pacientes fueron recabados a través de los expedientes clínicos; cuya información fue proporcionada por los padres, ya que en las entrevistas con los adolescentes el 75% dijo no saber nada y el otro

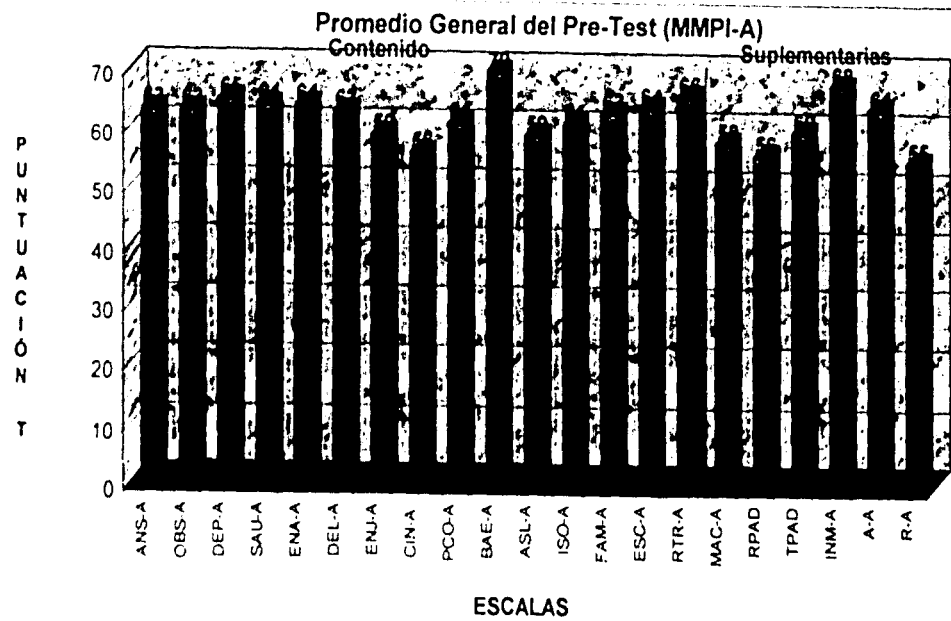
25%, saber muy poco sobre el asunto, estos últimos expresaron fantasías como el "estar a punto de morir antes de nacer", no ser deseados por los padres o que la madre trato de abortarlos.

6.1.2 Datos del pretest del MMPI-A

En las siguientes gráficas se presenta el perfil grupal de las puntuaciones obtenidas en el pretest del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), para lo cual se obtuvo el promedio aritmético considerando todas las puntuaciones de los pacientes en cada una de las escalas.



GRÁFICA 9. Datos obtenidos en las escalas de Validez y Básicas.



GRÁFICA 10. Datos obtenidos en las escalas de Contenido y Suplementarias.

En las gráficas 9 y 10, podemos observar que el grupo de adolescentes obtuvo, en promedio, una T elevada de 70 puntos, en la escala de Contenido denominada Baja Autoestima-Adolescentes (BAE-A). Según el MMPI-A, estos adolescentes refirieron opiniones muy negativas en torno a sí mismos que implicaban, entre otras autopercepciones: sentirse poco atractivos, tener poca confianza en sí mismos, sentirse con pocas habilidades, con muchas fallas y no ser capaces de hacer nada bien, cediendo fácilmente ante las exigencias de otros, cambiando de opinión, desistiendo en las discusiones e incomodándose cuando los demás dicen cosas gratas sobre ellos, tendían a dejar que la gente se hiciese cargo de sus problemas cuando ellos podrían haberlos solucionado. Además, se sentían incapaces para planear su propio futuro, solían ser olvidadizos y confundirse con facilidad, obteniendo un bajo aprovechamiento escolar.

El grupo también obtuvo un puntaje alto en la escala Básica de Esquizofrenia (Es), el promedio fue de $T = 68$, lo que, siguiendo al MMPI-A, se asocia a problemas escolares, desacuerdos con los padres, desempeño pobre, quejas somáticas, baja autoestima y posiblemente antecedentes de abuso sexual, éste último fue encontrado de manera clara sólo en uno (9%) de los pacientes. Esta escala explora la existencia de procesos de pensamiento delirante, percepciones peculiares (como alucinaciones), pérdida de control, aislamiento social, trastornos del afecto y de la conducta, así como dificultades para concentrarse.

Otro dato significativo que se encontró, fue que el grupo obtuvo una media de $T = 68$ en la escala Suplementaria llamada Inmadurez-Adolescentes (INM-A), que indica la presencia de conductas, actitudes y percepciones del adolescente que reflejan inmadurez en su estilo interpersonal, baja complejidad cognoscitiva, pobre conciencia de sí

mismo, juicio inadecuado y poco control de impulsos. De la misma manera, los puntajes elevados identifican una alta ocurrencia de dificultades académicas, desobediencia, desafíos y conductas antisociales, propensión a involucrarse en pleitos, relaciones problemáticas con sus padres y poca participación en actividades sociales.

El promedio, en la escala de Contenido de Rechazo al Tratamiento-Adolescentes (RTR-A), fue de 66, indicando que los integrantes del grupo presentaban actitudes negativas hacia los médicos y profesionales de la salud mental. No creían que otros pudieran entenderlos o estuvieran interesados por lo que les estaba pasando, además, mostraron muy pocos deseos de discutir sus problemas. Eran renuentes a hacerse cargo y enfrentar sus dificultades, así como de asumir los aspectos negativos de su vida. Expresaron tener muchas fallas y malos hábitos que consideraban insuperables. No se sentían capaces de planear su propio futuro.

La escala Básica de Desviación Psicopática (Dp) también consigue una calificación elevada en el perfil del grupo, que con una $T = 65$, significa que los jóvenes presentaron patrones de conducta que incluían mentir, robar, hacer trampa y/o berrinches, agredir, tener problemas de adaptación en la escuela, discordias familiares, conflictos con la autoridad, falta de sensibilidad social. Estos chicos presentan disposición a involucrarse en el uso del alcohol u otras drogas y a intentar fugarse de su casa y/o escuela.

Otra escala Básica en la que el grupo alcanzó una puntuación elevada ($T = 64$) fue la de Introversión Social (Is), esto corrobora la presencia de retraimiento social y baja autoestima. El MMPI-A menciona

que las mujeres con puntajes altos en esta escala pueden tener problemas con el aumento de peso, depresión, ideación o acciones suicidas y pocos amigos.

Con una T de 64 puntos se ubica la escala de Contenido Problemas Escolares-Adolescentes (ESC-A), misma que nos ofrece datos de la existencia de dificultades en la escuela; bajas calificaciones, suspensiones y actitudes negativas hacia los maestros, entre otras cosas.

Se encontró que el grupo de jóvenes alcanzó una puntuación promedio de $T = 63$, en la escala Básica de Depresión (D) que, sin estar fuera de la norma, resultó ser de las escalas más elevadas del perfil grupal, además de estar relacionada con el principal diagnóstico del grupo y con la baja autoestima. El MMPI-A describe a la depresión como un índice de insatisfacción general con la vida, incluyendo falta de motivación, desesperanza y moral pobre. También detecta sentimientos de culpa, timidez, autocrítica, apatía, además de molestias y quejas físicas. El MMPI-A señala que las muchachas con depresión están propensas al retraimiento social, a tener pocos o ningún amigo, a presentar problemas alimenticios y baja autoestima.

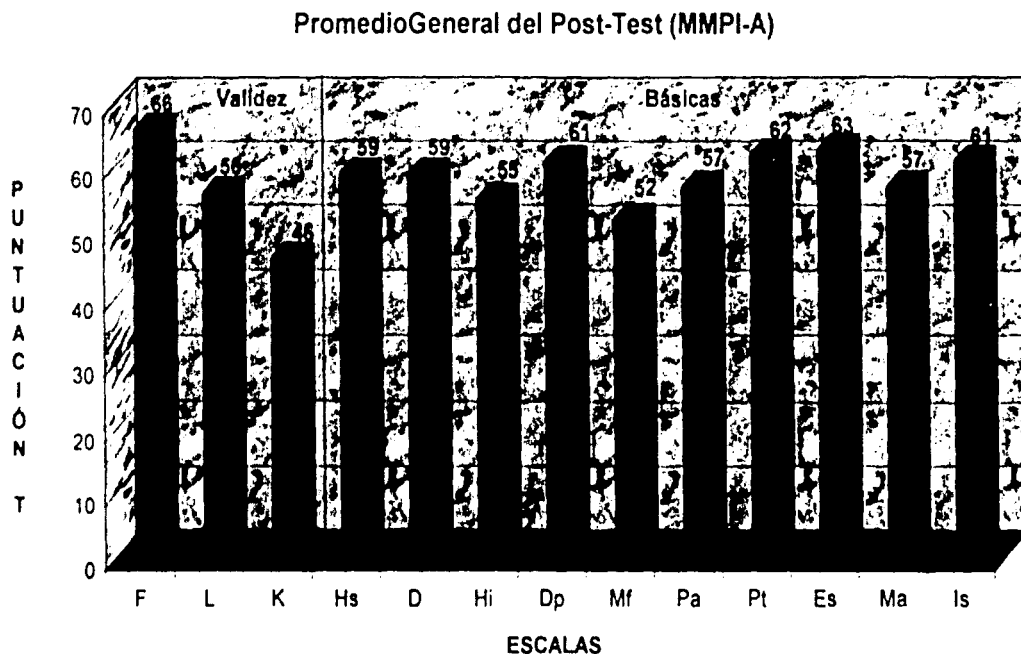
Con 63 puntos, encontramos la escala de Contenido Problemas Familiares-Adolescentes (FAM-A), que señala que los pacientes tenían considerables conflictos con (y entre sus padres) y con otros miembros de la familia como son: comunicación limitada, desavenencias, celos, críticas, enojos, golpizas, así como falta de amor y comprensión. Manifestando que sus padres frecuentemente los castigan sin razón y que los tratan como niños, además de no aceptar a sus amigos y compañeros. Por lo que les parece larga la espera para poder dejar su hogar.

En la escala de Histeria (Hi) se observa un puntaje moderado ($T = 61$) que se relaciona con la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia. Los sujetos exhiben conductas infantiles, exhibicionistas e histriónicas: exagerando la petición de afecto. En estrecha relación se encontraron puntuaciones elevadas en las escalas de Hipocondría (Hs) y Preocupación por la Salud-Adolescentes (SAU-A) con 65 y 64 puntos respectivamente. Dado que los pacientes formaban síntomas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas, que se pueden entender como defensas y justificación ante sus fallas y situaciones desagradables.

Finalmente encontramos que existen diferencias entre la sintomatología presentada por los varones en comparación con la mostrada por la mujere (véase anexo B). Siendo ésta más propensa a presentar ansiedad ante los demás, timidez, aislamiento, tristeza, depresión, ideas suicidas y agresión, poniendo más empeño en la escuela. Los hombres, por su parte, suelen tener más problemas escolares, tanto de aprovechamiento como conductuales: por peleas, insultos (usando frecuentemente apodos). Siendo, en conclusión, más agresivos e impulsivos que la niña.

6.2 Descripción de las características finales de la muestra

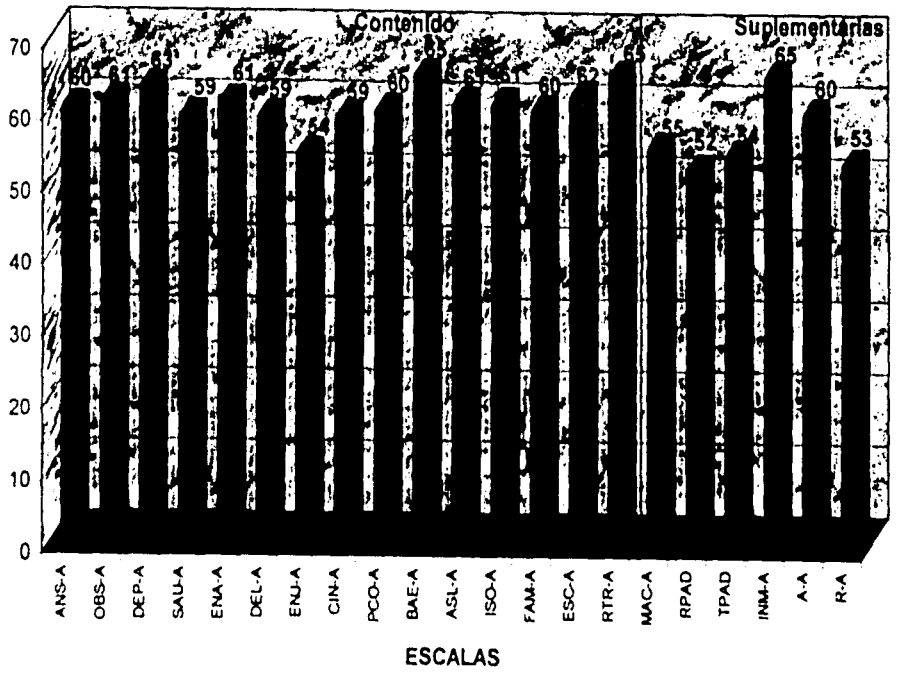
En las gráficas 11 y 12 mostramos el perfil grupal del MMPI-A, luego de finalizado el Grupo de Reflexión sobre la Autoestima para Adolescentes y, en las gráficas 13 y 14, la comparación de promedios grupales entre el pretest y el postest.



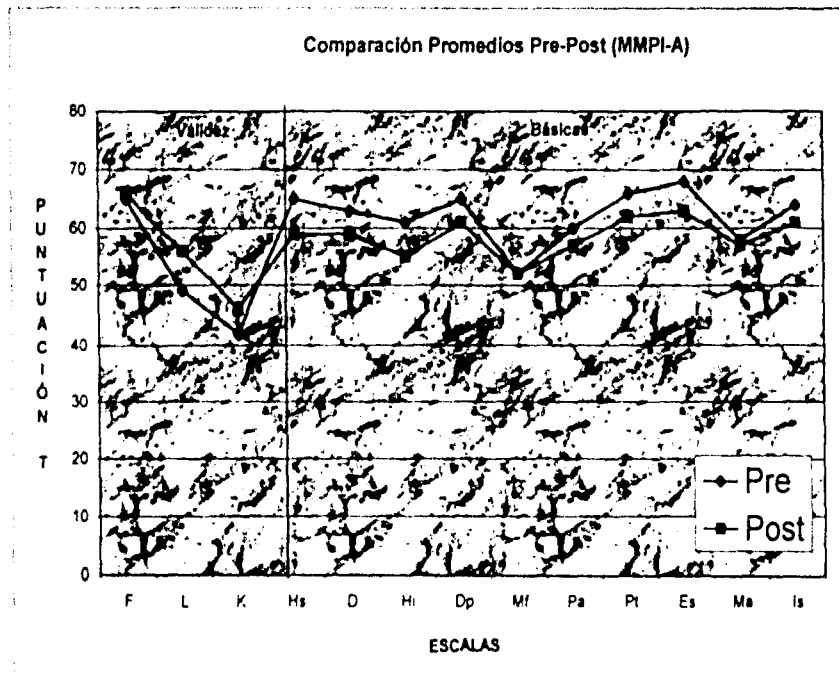
GRÁFICA 11. Resultados conseguidos por el grupo en el postest del MMPI-A, en sus escalas de Validez y Básicas.

PUNTAJÓN T

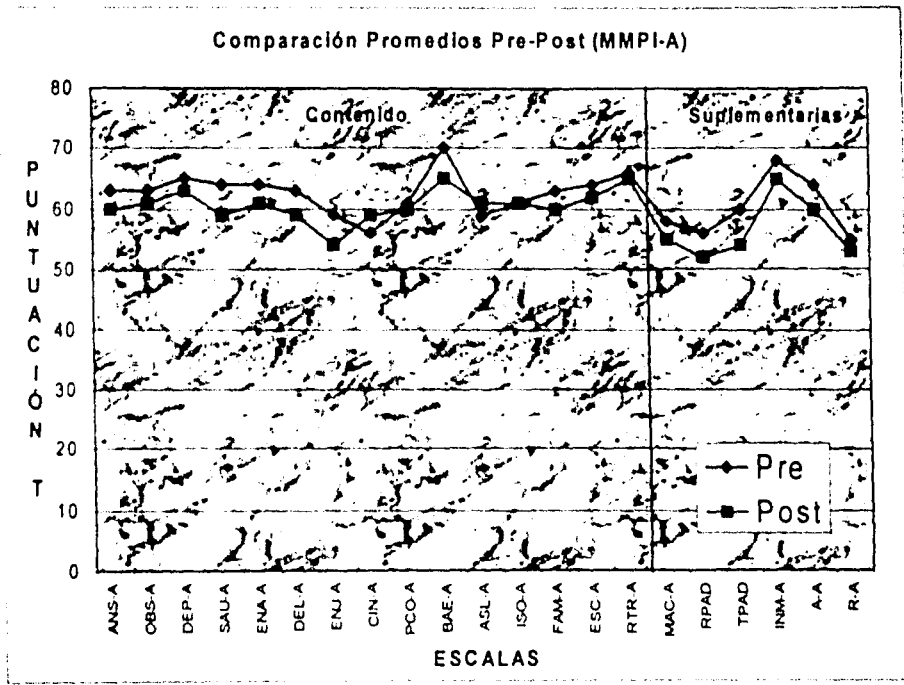
Promedio General del Post-Test (MMPI-A)



GRÁFICA 12. Datos obtenidos en el postest, en las escalas de Contenido y Suplementarias del inventario.



GRÁFICA 13. Comparación de los promedios generales del pretest y el postest de las escalas de Validez y Básicas del MMPI-A.



GRÁFICA 14. Comparación de los promedios generales del pretest y el postest de las escalas de Contenido y Suplementarias

Los resultados que a continuación presentamos se obtuvieron por medio de la comparación entre el pretest y el postest del MMPI-A y de una evaluación del Grupo de Reflexión hecha por lo pacientes en la última sesión, la cual tuvo por objetivo saber cómo se habían sentido en el transcurso de las sesiones y qué opinaban acerca del trabajo realizado.

Para iniciar, es relevante mencionar que las escalas de validez del postest indican que los sujetos siguen experimentando una fuerte tensión interna ante sus conflictos, pero ahora, al poder poner en palabras su problemática y reconocerla, sus defensas se vuelven más elaboradas. Al mismo tiempo, se vio un incremento en su deseo de ser aceptados, pues, al haber establecido una transferencia positiva con ellos, trataron de quedar bien con nosotras.

Al obtener las puntuaciones de las escalas INVAR e INVER, pudimos corroborar que todos los protocolos de la muestra poseían de validez, a excepción de uno del pretest, lo que se explica como descuido e impulsividad al contestar el cuestionario. Sin embargo, el postest de este mismo sujeto fue válido y al comparar ambos perfiles se encontró que la puntuación de INVAR bajó, pero que la F permaneció elevada, lo que es un indicador de verdadera psicopatología. Lo anterior concuerda con la historia del paciente, pues —entre otras cosas— es un adolescente con una larga permanencia dentro del hospital (10 años), habiendo acudido a varias de sus clínicas.

La autoestima, tema central de esta investigación, tuvo cambios importantes luego de haberse llevado a cabo el Grupo de Reflexión; de un puntaje de T = 70, obtenido en la escala de contenido BAE-A del pretest del MMPI-A baja 5 puntos en el postest de dicho instrumento, puntuación que, a pesar de seguir fuera de la norma, indica que los

muchachos mejoraron sus opiniones con respecto a sí mismos, aumentando su autoconfianza y seguridad, mostrando además sentirse menos incapaces para solucionar sus problemas al referir, un 44% de ellos, ya poder hablar de sus dificultades, hablar en la escuela, hablar con sus padres y ya no ponerse tan "nerviosos" al externalizar sus puntos de vista ni al relacionarse con otros, pudiendo reafirmarse ante las presiones.

Por otro lado, en la escala de esquizofrenia se nota una disminución de 5 puntos, quedando con una $T = 63$ que cae dentro de la norma. Mientras se habló de autoestima en las sesiones del grupo de reflexión, se pudo percibir, a través de su discurso y contenido de éste, como el pensamiento de los adolescentes fue cambiando de ser primordialmente mágico y omnipotente a estar más integrado y acorde con su realidad, pues en un inicio percibían de manera fragmentada su mundo, tanto interno como externo, proyectando hacia afuera la ansiedad persecutoria puesta en todas las instituciones y ahora, al verse favorecida la autoestima, se fortalece el Yo permitiéndoles que observen la realidad con mayor objetividad.

Otra de las escalas que se redujeron, en relación a la puntuación obtenida en el pretest, fue la de Inmadurez-Adolescentes (INM-A), que sólo descendió 3 puntos en la reaplicación del inventario, lo que indica que los pacientes disminuyeron, aunque en pequeña medida, actitudes y comportamientos que denotan inmadurez como la desconfianza en sí mismos, su incomodidad en relaciones interpersonales y sociales, su egocentrismo y narcisismo, su hostilidad y sus actitudes antisociales, así como su falta de insight o introspección, ya que se pudieron dar cuenta que "otros también tienen problemas" sic. pac. (11%) y de que lo que más les cuesta trabajo es hablar del dolor

("no me gustó cuando hablábamos de dolor" sic. pac.). Produciéndose un reacomodo dentro de su inmadurez, propia de su edad, que permitió el reconocimiento de su tendencia a los problemas con el alcohol y drogas.

Lo anterior se constata con la reducción del puntaje de la escala suplementaria de Tendencia (TPAD) a Problemas con el alcohol y/o drogas, cuya puntuación disminuyó 6 puntos. Esta escala está asociada a influencias negativas de grupos, pues un 12% de los pacientes de la muestra se junta con bandas, busca estímulos, tiene fricciones con los padres y poca capacidad de juicio. Sin embargo, al ya no percibir los objetos externos como totalmente malos y perseguidores y al mirarse a sí mismos de una forma más integrada y flexible su ansiedad se ve disminuida ($Pt = 62$), gracias a lo cual logran reconocer su responsabilidad acerca de lo que les sucede.

En el pretest el grupo mostró complicaciones considerables para controlar y expresar su enojo, exhibiendo conductas de acting-out como pelear, golpear y blasfemar, siendo temperamentales y rechazando las presiones. En el posttest el enojo (ENJ-A) fue una de las escalas que se redujeron de manera importante (5 puntos), al poder expresarse por medio de palabras y no de acciones. Lo cual también se refleja en la disminución sufrida en las escalas de Desviación Psicopática (Dp) y Psicastenia (Pt) -con 4 puntos cada una- y de 3 puntos en la escala de Paranoia (Pa) pues, como ya se mencionó, no hacían un adecuado manejo de su angustia y enojo al sentirse perseguidos e identificados con el agresor, mostraban hostilidad, rebeldía, conductas como mentir, hacer trampas y berrinches, lo que les acarrea problemas familiares (FAM-A) y escolares (ESC-A), escalas que, si bien en el pretest no se consideraban puntuaciones elevadas, estaban cerca

de serlo con una T = 63 y 64 respectivamente, disminuyendo a T = 60 y 62 en el posttest, lo cual muestra que ahora son menos los problemas (celos, enojos, críticas, sentimientos de falta de amor y comprensión, etc.) con sus padres y con otros miembros de la familia. Algunos realizaron comentarios como "ya puedo hablar con mi mamá y hermanos" y "me llevo mejor con mis hermanos" sic. pac. En cuanto a sus inconvenientes escolares se observó una mejora en su adaptación y actitud hacia la escuela, participando en prácticas académicas y deportivas. Sin embargo, varias de las características descritas en el pretest como la reprobación, suspensiones y problemas de rendimiento académico persistieron, posiblemente por el tiempo y la orientación planeada para el grupo de reflexión.

La historia de enfermedad de los adolescentes ha afectado su autoestima, pues se perciben en desventaja con respecto a otros jóvenes, lo cual ha sido reforzado por su larga permanencia en instituciones médicas por una parte, y por otra, por el ambiente persecutorio que han introyectado y que forma parte de su mundo interno. Además, han aprendido que a través de los problemas de salud obtienen una ganancia secundaria como afecto y atención.

Lo anterior se relaciona estrechamente con la histeria (Hi), escala donde se encontró una disminución de 6 puntos, ya que su demanda afectiva es menos severa, mostrando menos síntomas físicos y menos actitudes infantiles, tolerando mejor la frustración y el rechazo. Este dato se corrobora con la baja en las puntuaciones de las escalas llamadas Hipocondría (Hs) y Preocupación por la Salud-Adolescentes (SAU-A); con 6 y 5 puntos respectivamente

Con respecto a la Introversión Social (Is) se halló un decremento

de 3 puntos, que señala que los sujetos de la muestra aminoraron sus dificultades para relacionarse ("ya tengo amigos", "ahora ya hablo en la escuela con mis compañeros y hacemos travesuras" sic. pac.), se observó que esta escala está relacionada, de manera importante, con la de Depresión (D), la cual también sufrió un descenso de 4 puntos, que significa que estos adolescentes cambiaron su motivación hacia la vida, expresando menos sentimientos de culpa, timidez, autocrítica y retraimiento social, así como baja autoestima.

En cuanto a la escala de Rechazo al Tratamiento-adolescentes (RTR-A), se encontró que únicamente decrementó un punto en el postest, lo que puede estar relacionado, entre otras cosas, a que el 58% de los pacientes poseía una antigüedad en el hospital de uno a diez años, introyectando a la institución como persecuidora, por lo que mostraban una actitud opositora hacia el personal de salud mental, dificultándoseles asumir la responsabilidad de los aspectos negativos de sus vidas. Manifestaron muy pocos deseos de discutir sus problemas con los demás e indicaron que existían algunos asuntos que no podían compartir con nadie, refiriendo angustia al hacerles preguntas sobre cuestiones personales. El 22% de los pacientes dijo, "no me ha servido de nada el grupo, pues me siento igual a como entré", "no me gustó el grupo porque me aburro" sic. pac y uno de ellos expresó que no entendía por qué, durante las sesiones se trataban temas como los padres y el cuerpo, pensando que esto se hacía únicamente para "llenar tiempos". No obstante, como indican las escalas de validez, pudimos establecer un vínculo que les permitió ya no vernos más como persecuidoras, sino como objetos buenos.

6.3 Análisis cualitativo del grupo de reflexión sobre autoestima para adolescentes

Este análisis cualitativo del grupo de reflexión implica una reflexión personal sobre lo que propició los cambios que marcaron la diferencia entre el pretest y el postest, y que tiene que ver con dos aspectos de la técnica de grupo: (1) el proceso de reflexión-elaboración que los adolescentes siguieron en el grupo, que se relaciona con la consideración de la propia autoestima, con la agresión y el reconocimiento a la tendencia con problemas con alcohol y drogas; y (2) con aquello que nosotras hicimos para facilitar el cambio.

6.3.1 Análisis del proceso de reflexión-elaboración

Al inicio del grupo, la muestra refirió acudir al hospital porque un 38% tenía miedo, entre otras cosas a los fantasmas, a la oscuridad, a la "vida" y a la muerte. Un 31% presentaba enuresis, crisis de ausencia, así como dolores de cabeza y de "corazón", problemas para respirar y dificultades para conciliar el sueño y/o mantenerse dormidos.

El 19% de los adolescentes mencionó haber acudido al Grupo de Reflexión obligado por sus padres. Durante el tratamiento, 6 de los 14 pacientes amenazaron con abandonar el grupo, de estos 6 pacientes sólo 1 salió; sin embargo, 4 que nunca habían manifestado su deseo de dejar de asistir lo hicieron. Esto, junto con la poca o nada de atención a lo que se decía o hacía, puede entenderse, desde lo que Bion (1994) postula en el supuesto básico, de ataque-fuga, donde se toma al terapeuta como blanco de agresión, poniéndonos a prueba con las únicas defensas que conocían, es decir huyendo o luchando.

Al ser la autoestima el eje principal de esta investigación, consideramos importante conocer el concepto que los adolescentes tenían de autoestima, los cuales se refieren a continuación de manera textual:

"Estimación hacia sí mismo o quererse a sí mismo"
 "Sentir lástima por sí mismo"
 "Idea que tienes de ti mismo"
 "De convivir con más personas"
 "De quererme a mí mismo"
 "La estimación de uno mismo"
 "Poder relacionarse con familiares o compañeros"
 "Pensamiento o tratamiento que tiene de ti mismo una persona"
 "Comparar con los demás, convivir"

Entre las características que los adolescentes consideraron como propias de las personas con baja y alta autoestima, se encuentran las siguientes:

Personas con alta autoestima.

"Una persona con alta autoestima se quiere a sí misma, lleva buena relación con los demás"
 "Los que tienen buena autoestima se tienen más confianza"
 "Sociable, que estudia, que se preocupa por sí mismo, su familia y sus amigos"
 "Convive con varias personas...compañía"
 "No tendría dificultades para compartir"

"Los que tienen baja autoestima no se preocupan ni por sí mismos".

"Insociable, sumamente envidioso".

"Apática, no le gusta hacer cosas".

"Tiene problemas con su familia y consigo mismo".

"No convive con las personas".

"Que se pelea a cada rato con sus amigos, familiares; que se lastima".

Las consideraciones de los participantes sobre cómo se constituía la autoestima alta o baja se muestra a continuación:

"Por la forma en que te tratan".

"Por el dolor físico y psicológico. El físico cuando te pegan y el psicológico cuando te insultan".

"Abrazándote mucho".

"Cuando te hacen sentir como si te tuvieran compasión".

Sus definiciones de autoestima, las características que consideran que poseen las personas con alta o baja autoestima, así como la manera en que piensan que ésta se forma se relaciona con su propia historia, reflejando su necesidad de amor, atención, reconocimiento y aceptación.

En el transcurso de las sesiones se observó que el 63% de los pacientes no establecían contacto visual y el mismo porcentaje realizaba movimientos repetitivos con pies y manos. Una proporción del 63% presentó dificultades para hablar durante las sesiones, permaneciendo en silencio, participando sólo cuando se les preguntaba algo directamente, y al contestar tartamudeaban o perdían la secuencia de su discurso. El 12% lloró por lo menos una vez durante el desarrollo de las sesiones. Manifestaciones de ansiedad que el grupo permitió expresar al hablar de sí mismos, situación que les permitió efectuar cambios.

Los conflictos familiares y las dificultades para relacionarse fueron los temas dominantes y más ampliamente tratados por el 100% de los pacientes, quienes referían en un 94% tener problemas en su casa como: la falta de privacidad, la falta de respeto a sus opiniones y decisiones, ser obligados a comer, no poder hablar con su madre, sentirse presionados por la exigencia de los padres, sentirse relegados, tener discusiones y peleas físicas con los hermanos, y al vivir en familias extensas, amalgamadas y reconstruidas (véase tabla 3), también tenían fricciones con otros familiares (padrastrós, abuelos, tíos y primos). Los chicos manifestaron recibir castigos, de distinta naturaleza, de parte de sus mayores (padres, padrastrós, abuelos y tíos), entre los castigos más frecuentes resaltaron:

Palabras obscenas y devaluadoras	26%
Golpes	20%
Prohibición del uso de computadoras	20%
videojuegos, televisión y salidas	
Limpiar y ordenar	14%

TABLA 4.

Lo que ha llevado al 56% de los adolescentes a aislarse de la familia, ya sea encerrándose en su cuarto o no hablar con nadie. Estos jóvenes decían que la gente no les gusta y que les da miedo, además uno de los 14 pacientes manifestó que piensa que es adoptado y dos de ellos se han fugado de su casa. Lo anterior provoca enojo en el 94% de los pacientes y 69% sentimientos de soledad, tristeza, de que nadie los quiere, de "debilidad", llanto frecuente, "dolor" y deseos de morir.

Otro tema recurrente fue el de sus problemas en la esfera escolar; el 88% de los jóvenes dijo tener problemas en la escuela, entre los que se encuentran la reprobación (94% ha reprobado materias o años escolares), el no entrar a clases, el no hacer tareas, el contestar y desafiar a los maestros, burlarse y ser objeto de burlas de sus compañeros, por lo que el 38% había sido reportado, suspendido, expulsado y/o cambiado de escuela al menos en una ocasión. El 44% ha necesitado apoyo psicopedagógico, ya que no ha sido capaz de cubrir con las exigencias de su grado escolar, pues al ser olvidadizo (24%) y distraído se le dificulta el aprendizaje.

Un tema más, interrelacionado con la agresión y la socialización, es la relación de amistad, el 56% expresó tener pocos amigos (de 1 a 3) o ninguna. Encontrándose en el 19% de los pacientes formas peculiares de hacer amigos, como "imitarlos" (haciendo "travesuras" o "comiendo papel o insectos"), buscarlos parecidos a ellos "hasta psicológicamente" sic. pac. o entablar amistad vía internet.

Un 38% de los adolescentes reconoció abiertamente ser agresivo, pues portaba armas, golpeaba, insultaba y decía tener ganas de matar. No obstante, pudimos observar manifestaciones agresivas por parte del 67% de los individuos, a través de sus comentarios y actitudes

durante las sesiones del grupo, entre las que resaltan las risas y burlas de dos de los participantes hacia un tercero y el hecho de que cuando uno de los integrantes del grupo hablaba sobre la posibilidad de una 3a. guerra mundial, dos de los sujetos de la muestra, que en un principio se sentaban juntos y se reían entre ellos, terminaron agrediéndose físicamente (con un golpe en la pierna). Al hablar en el grupo de lo sucedido, uno de ellos dijo haberse dado cuenta de que siempre se acercaba a compañeros que terminaban agrediéndolo y el otro, por su lado, únicamente decía no haber sido quien empezó y que no se iba a dejar.

Es importante señalar que, a pesar de que éste último paciente había permanecido callado la mayor parte de las sesiones, en una de las posteriores al evento antes mencionado expresó, entre lágrimas, que en su casa era objeto de agresión, ya que su padre lo golpeaba, insultaba, escupía y culpaba, responsabilizándolo de cualquier molestia física y daño que pudiera sufrir su madre, quien padecía del corazón, además de que sus hermanos también lo agredían, agresiones ante las que no tenía permitido defenderse. Justo cuando el paciente hablaba, su madre tocó a la puerta para informar que el adolescente debía ir a psiquiatría pues el medicamento le causó irritación en la piel; dato que coincidió con que el 33% de la muestra que estaba bajo tratamiento farmacológico, mostró reacciones ante él (ronchas, falta de apetito, insomnio e irritación cutánea). Días después el paciente es internado en la Unidad de Adolescentes Varones (UAV) del hospital, por su negativa a seguir tomando el medicamento. Por otro lado, sólo el 38% de las madres se acercó a nosotros para pedir información sobre el desempeño de sus hijos dentro del grupo.

Las formas más comunes que tenían los adolescentes para reaccionar ante los conflictos eran:

Agresión auto o heterodirigida	33%
Ignorar a la gente	27%
Fugarse	22%
Salir de casa	11%
Encerrarse en su cuarto	11%

TABLA 5.

Dentro de la agresión autodirigida encontramos que el 56% de los pacientes se autolesiona, ya sea pellizcándose los brazos y cara, haciéndose cortaduras superficiales en los antebrazos o dándose "pisotones y cachetadas" y/o se autocastiga no permitiéndose usar la computadora ni ver la televisión.

Otro evento significativo, dentro del grupo, fue que una de las psiquiatras adscritas a la Clínica de la Adolescencia, luego de haber leído las notas de expedientes en las que se informaba el desarrollo del grupo de reflexión, violó la confidencialidad de esta información al cuestionarle a uno de los pacientes, enfrente de su mamá, lo que su nota decía, situación que al adolescente le generó enojo, reclamándonos lo sucedido y amenazando con que si le sucedía de nuevo no regresaría al grupo. El resto de los integrantes también se mostraron enojados al temer que sus padres se enteraran de situaciones que únicamente habían comentado en el grupo, diciendo que si esto les ocurría alguna vez no volverían, además de que ahora les resultaba difícil poder hablar con confianza.

6.3.2 Análisis de los aspectos técnicos del grupo de reflexión.

Consideramos que los aspectos técnicos que utilizamos durante el trabajo con el grupo fueron: el encuadre, la escucha, el reconocimiento de las resistencias y la transferencia, los señalamientos, la confrontación y la contención.

Nuestro primer acercamiento con los adolescentes de la muestra fue para establecer el contrato, el cual se llevó a cabo a través de los permisos firmados, tanto por los pacientes como por sus padres o tutores, esto se efectuó luego de haberles explicado que el grupo estaría centrado en la autoestima, sería cerrado y tendría una duración aproximadamente de 3 meses, realizando una sesión por semana de 90 minutos. También se les indicó que las sesiones del grupo de reflexión no tendrían ningún costo por las políticas institucionales y finalmente se les señaló el día, hora y lugar donde se iniciaría.

Consideramos que la primera sesión fue crucial, ya que en ella se estableció la manera en que trabajaríamos, mencionándoles las reglas como son: asistencia, puntualidad, no agresión física ni destrucción del mobiliario, así como la confidencialidad, aclarando que debido a que nos encontrábamos dentro de una institución, donde los atendían diversos especialistas se debía elaborar una nota de expediente en relación a su evolución.

Esta sesión fue el primer encuentro con el grupo de pacientes, durante la que, hablaron mucho más, acerca de lo que les ocurría, de lo que esperábamos. Cabe mencionar que aquí se presentó en juego nuestra incertidumbre sobre lo que iba a gestarse y nuestra angustia acerca de nuestras capacidades para trabajar como facilitadoras del grupo, angustias que persistieron en mayor o menor medida durante

todas las sesiones, aunándose a otras que se daban por los procesos contratransferenciales, donde fueron importantes los distintos momentos y espacios que tuvimos para reflexionar acerca de lo sucedido en el grupo, pues en un primer momento, luego de cada sesión, hablábamos y reconstruimos entre nosotras lo ocurrido y posteriormente lo volvimos a trabajar tanto en las supervisiones que nos otorgaron la institución y el grupo piloto de clínica, como en nuestro propio espacio terapéutico.

Otra de las tareas primordiales que nos ocupó, fue crear un espacio diferenciado a los ya existentes dentro de la institución, donde se les diera contención a los adolescentes y la posibilidad de manifestar y reflexionar acerca de su ansiedad y enojo, contenido que estuvo presente la mayor parte del tiempo. Esta actividad se nos complicó al enfrentarnos a la circulación de información contradictoria dentro del hospital sobre las normas y decisiones, la cual ponía en evidencia la patología institucional que se manifestó a través de malentendidos, prejuicios y actos que entorpecieron nuestra labor, como fueron: el habernos retirado el espacio físico que en un principio se nos había prestado, la falta de confidencialidad, el internamiento de un paciente, citar a los pacientes a la hora de las sesiones del grupo, etc.. Lo que en su conjunto alimentó la angustia persecutoria, tanto de los pacientes, como la nuestra. Teniendo que tolerar y contener los temores, enojos y reclamos, que con justa razón, demostraron los pacientes. Esta situación abrió el tema del enojo y la agresión, dando la oportunidad de que los adolescentes los reconocieran y hablaran de ellos.

Pensamos, que a partir de la escucha, de haber permitido que dijeran lo que pensaban y sentían sin descalificarlos ni juzgarlos y de soportar la agresión de la que fuimos blanco, se pudo establecer una transferencia positiva desde donde trabajar, y gracias a la cual no fuimos más objetos perseguidores, pudiendo establecer vínculos y ser vistos como objetos buenos.

Durante este proceso fue importante reconocer las resistencias y devolverlas a través de la confrontación y aclaración, para que pudiesen verse frente a ellas y pudieran entender porqué se resistían, a qué se resistían y cómo se resistían. Como una devolución, se les hicieron señalamientos, que si bien sólo antecedian a una interpretación, pretendían dejar algo a cada miembro del grupo, con lo que pudiese seguir reflexionando y que en ciertos casos produjo un insight.

A través de esta investigación, logramos darnos cuenta de que para que un grupo sobreviva debe ser capaz de soportar los obstáculos que surgen dentro de él y contar con los recursos para hacerles frente.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1 Discusiones y conclusiones

Si partimos de que el objetivo general del presente estudio, fue que el grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes incrementará ésta, concluimos que fue un espacio que lo permitió, a la vez que contribuyó al fortalecimiento del Yo.

Los resultados muestran una diferencia favorable de 5 puntos en la escala de autoestima, después de que los pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la clínica de la adolescencia asistieron a dicho grupo. Resultado que se acercó a la norma (según el MMPI-A), faltando solo un punto para incluirse en ella.

El grupo constituyó un lugar en el que sus integrantes reflexionaron abiertamente sobre el tema en cuestión, es decir, la autoestima y relacionarlo consigo mismos. Un dato interesante es que el concepto de autoestima que tienen los adolescentes coincide con la teoría, pues éste ha sido entendido como: un sentimiento, una actitud, un juicio de valor, una cualidad positiva o negativa, es decir, de aprobación o desaprobación, de satisfacción o insatisfacción con respecto al sí mismo o al Yo. La autoestima está relacionada con todos los aspectos del sí mismo, además de abarcar una valoración global de este (Martínez, 1987), lo que se pudo observar en los resultados obtenidos, ya que en todas las escalas del MMPI-A se aprecia un cambio, por mínimo que éste sea.

Consideramos que estos cambios fueron promovidos por el grupo de reflexión, ya que en él los adolescentes tuvieron la oportunidad de abordar y reflexionar distintas áreas de su vida, las cuales estaban en mayor o menor medida asociadas a su autoestima. Otros temas que emergieron durante las sesiones como el de la familia y el de las relaciones interpersonales, se relacionan estrechamente con el tema central, ya que, como lo menciona Martínez (1987), la autoestima se conforma a través de la relación con los otros. "la mayor influencia proviene de los otros significativos como son los padres, los hermanos, los amigos, los maestros..." (p: 168).

En el análisis de los datos se encontró que los adolescentes, desde su concepción, atravesaron por una serie de dificultades (véase capítulo VI) que les impidieron desarrollar favorablemente su "sí mismo". Como se vio en los resultados un 67% de los adolescentes fue producto de un embarazo no planeado ni deseado. Entonces, siguiendo nuevamente a Martínez, si la autoestima se cimienta en base al "sí mismo", esto ayuda a explicar la baja autoestima que presentaron los pacientes en un inicio. De la misma forma, Saal y Braunstein (citados en Martínez, 1987) consideran que es a través del otro como se constituye el Yo; por lo que si ese otro fue una figura inconstante y variable, como en el caso de los jóvenes tratados, el Yo sufre deformaciones, entre las que encontramos a la neurosis, la que se considera ligada a un sentimiento de devaluación.

Por otra parte, existen factores de los que depende mantener la satisfacción del sí mismo como: son la armonía entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, la carga positiva de la catexización libidinal del self, la capacidad del Yo para satisfacer y equilibrar las presiones y expectativas del Superyo, del Ello y de la realidad externa, la

satisfacción de la libido objetal y la introyección de objetos estimados (Martínez, 1987). Hallándose, a nuestro parecer, lo contrario en los pacientes atendidos, ya que generalmente se encontró una discrepancia entre el sí mismo ideal que ellos tenían y su sí mismo real, además de que su Yo contaba con una pobre capacidad para cubrir con las expectativas y defenderse de las presiones de las otras instancias psíquicas y la realidad externa. También se encontró que los jóvenes habían introyectado objetos ambiguos, ya que estos objetos a pesar de ser estimados, igualmente les resultaban hostiles. Durante las sesiones los adolescentes, al hablar sobre su relación con la figura materna, mencionaron, entre otras cosas, que con su madre no se podía hablar, que su madre quiere más a los otros hijos que a ellos, que su madre no los quiso al nacer, que su madre trató de abortarlos, que las madres son infieles, que su madre "es sólo una madre", etc.. Mientras que de sus padres hacían comentarios como que los odiaban, les caían "gordos", que les daba pena que los vieran con ellos, que eran "metiches" y "mentirosos", etc. Aberastury (1998) señala que contar con figuras parentales inestables e indefinidas en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones en personalidades más consistentes y firmes, por lo menos en un sentido compensatorio o idealizado.

Lo anterior, nos brinda material para llegar a la conclusión de que estos jóvenes no contaron con los elementos necesarios para consolidar la confianza básica a la que hace referencia Erickson (1993), etapa caracterizada por la relación materno-infantil, que en el caso de los integrantes del grupo, resultó precaria, no llegando a confiar en la mismidad y continuidad de los proveedores externos ni a confiar en sí mismos ni en sus recursos para afrontar las emergencias

La ansiedad persecutoria que poseían, además de haberse plasmado en el puntaje $T = 60$ de la escala clínica de Paranoia (Pa) en el pretest del MMPI-A, se pudo observar durante las sesiones, ya que al haber sido violada la confidencialidad del grupo por parte de un miembro del hospital (ajeno al grupo de reflexión), los adolescentes se mostraron enojados, suspicaces y cautelosos, llegando a mencionar que ya no confiaban en nosotras y que abandonarían el tratamiento porque tenían miedo de que sus padres se enteraran de lo que decían en las sesiones. A esta situación se suma el hecho de que el 58% de los integrantes del grupo habían asistido al hospital por un periodo de entre 1 a 10 años (habiendo asistido también a otras instituciones). Factores que creemos incidieron de manera importante en que la escala de rechazo al tratamiento-adolescentes (RTR-A) disminuyera sólo un punto en el postest.

Es de llamar la atención que el 33% de los pacientes bajo tratamiento farmacológico mostró reacciones secundarias al medicamento prescrito, lo que tiene que ver, por una parte, con la tendencia de los adolescentes a somatizar y, por otra, no menos importante, con el descuido que, en ocasiones, se tiene al administrar fármacos, ya que en las notas de expediente se hablaba de errores en el tipo de medicamento o en las dosis. Al encontrarnos en un contexto institucional, nos pudimos percatar que el fenómeno de la transferencia se entreteje, entre el grupo, los otros miembros, los profesionales de la salud y la institución como una totalidad, ya que la institución es un medio que se presta a la proyección de demandas ideales, arcaicas y desconectadas de la realidad a las que resulta imposible satisfacer (Dellarossa, 1979).

Otro punto para discutir, sobre los incidentes institucionales con los que tropezamos en la realización de la presente tesis, fue el internamiento de uno de los miembros del grupo. Internamiento que pensamos se realizó sin criterios de peso que lo apoyaran, pues en la nota de expediente sólo figuraba el hecho de que el paciente al no cooperar para ingerir el medicamento (que con anterioridad le provocó una erupción en la piel) fue internado. Siendo preocupante el hecho de que a este tipo de pacientes se les interne, indiscriminadamente, junto con otros adolescentes que han tenido intento suicida y/o brotes psicóticos. En este caso, nos pudimos dar cuenta que la institución satisfizo una necesidad de los padres del paciente, los cuales, luego de las repetidas expulsiones escolares de su hijo, expresaron no saber dónde "ponerlo". A nuestro parecer, frecuentemente, la institución da prioridad a las demandas de los padres, dejando de lado al sujeto (paciente), al proporcionar medicamento para acallar los síntomas, sin ahondar en el problema, por lo que el adolescente regresa más tarde al hospital con el síntoma inicial y/u otros.

Mediante el grupo de reflexión se intentó construir una experiencia en la que a través de la comunicación activa, el análisis y la reflexión se promoviera la apertura de los pensamientos y la transformación de las discusiones frontales estériles, en factores generadores de nuevos análisis. Opinamos que al intercambiar experiencias, información y alternativas de solución de problemas (que se daban entre los participantes), la actitud hacia sí mismo cambia, incrementándose la autoestima. Aberastury (1998) opina que en la adolescencia la palabra adquiere el significado de preparativo para la acción; encontrándose investida con una omnipotencia similar a la que poseía en la infancia, por lo que el fracaso en la comunicación puede

conducir a la acción. La palabra permite "la elaboración de la realidad y adaptarse a ella" (p: 124).

Creemos que el grupo de reflexión ofreció a los participantes la posibilidad de darse cuenta de algunos aspectos de sí mismos, poniendo en evidencia su forma de actuar y pensar, de esta manera resultó más fácil identificar las actitudes que perjudicaban su autoestima. Como señala Comparán (2000) la actividad del grupo de reflexión no queda en el plano informativo, sino que al participar en una experiencia grupal se mueven emociones que al ser abordadas, permiten se razone con mayor claridad. Siendo éste, a nuestro parecer, un medio propicio para darse cuenta de la necesidad de participar en una experiencia terapéutica que ayude a profundizar tanto la autoestima como otros aspectos de la vida del paciente. Entonces, el nivel de reflexión alcanzado promovió que tanto las fantasías como el pensamiento mágico fueran confrontados y su pensamiento se reestructurara, tomando parámetros más acordes con la realidad, por lo que en el postest se vio una rebaja en la escala de Esquizofrenia (Es) y la del Pensamiento Delirante (DEL-A).

Dentro del grupo se presenciaron principalmente cuatro tipos de emociones como son la ansiedad, la agresión, la depresión y la culpa, además de que los principales procesos que se dieron fueron los que Bion (1994) denominó *supuestos básicos de dependencia y de ataque-fuga*.

Los pacientes mostraron dependencia al esperar que nosotras u otros integrantes del grupo propusieran el tema de discusión, participaron únicamente cuando se les invitaba directamente a hacerlo y esperaban recibir motivación para resolver sus problemas y la solución

de éstos, al no conseguirlo criticaron la efectividad del grupo. Al transcurrir las sesiones, las emociones de los participantes comenzaron a moverse y al ser puestas en evidencia provocaron que los adolescentes trataran de defenderse escapando o agrediendo, abriendo silencios largos, distrayendo a los demás, riendo durante la sesión, no prestando atención e incitando enojo en los otros. Dependencia que se concretiza en el promedio ($T = 68$) alcanzado en la escala suplementaria de inmadurez-adolescentes del pretest.

El encuadre del grupo y la focalización en un tema central para la reflexión disminuyó la angustia, permitiéndoles hablar de cuestiones asociadas a dicho tema, por lo que ahora podemos decir que "la autoestima" nos abrió una puerta a otros problemas de los adolescentes; pues ésta se entrelaza a otros síntomas, como los de depresión, esquizofrenia, trastornos disociales, neurosis como las fobias y la obsesión, histeria e hipocondría. Encontrándonos también que había mucho enojo y agresividad contenida en los adolescentes que se manifestó en el constante silencio en el que se mantenía el grupo, lo que relacionamos a la pulsión oral-sádica que según Anzieu (1998) se puede encontrar en algunos de los miembros de un grupo. Siguiendo a este autor, la situación grupal despierta una de las representaciones fantasmáticas más paralizantes, que es la de la "hidra" con muchas cabezas y bocas en incesante acecho que amenazan con chupar o devorar; cuando los individuos son avasallados por tales representaciones, los invade un temor inconsciente a que los otros se lo coman si abre la boca, ya que proyecta sobre los demás "su propia pulsión reprimida de destruir el objeto de amor al devorarlo...no se puede abrir libremente la boca porque ello despedazaría al mismo objeto del que se tiene hambre y sed" (p: 110, 115).

Durante el tiempo que se realizó el grupo se dieron sucesos que no estaban previstos y que creímos tenían que ser tratados frente al grupo (una de las razones por las que el orden y el número de las sesiones se modificó), además de que en dos ocasiones realizamos intervenciones individuales. Por esto y la complejidad que encierra el trabajar con grupos, sobre todo con adolescentes, es que afirmamos que es muy importante e indispensable contar con supervisión. Además, al encontrarnos en una situación cara a cara y con un número amplio de pacientes, nos dimos cuenta que en este trabajo resultó vital, haber sido dos coordinadoras, para tratar de tener, como dice Anzieu (1998), "una percepción individualizada de cada uno de ellos" (p: 55), ya que en el grupo, cada miembro trata de someter simultáneamente al otro a su deseo, y la convergencia de tantos deseos distintos, sobre un sólo coordinador "no es soportable".

El grupo con el que trabajamos fue un grupo escindido ya que, por una parte, se hallaban los actuadores y por otra, los tímidos. Escisión que se veía reflejada también en ellos mismos al proyectar afuera todos los objetos causantes de angustia. Después de la reflexión, a través de la palabra, los adolescentes lograron reconocer y diferenciar lo que le pertenece al otro y lo que les concierne a si mismos, logrando una mayor integración y unificación de su Yo, el cual se expande y gana terreno ante el Superyo severo y castigador (Freud, 1917), lo que permitió se diera la diferencia a favor del aumento de la autoestimación de los sujetos.

*"En un análisis de adolescente, el analista no logra gran cosa si permanece ceñido a su saber, saber que forma parte del mundo que el adolescente repudia. El analista debería lograr que se pudiera desarrollar el **Juego** del*

repudio y la discusión...El analista que no se acuerda de su propia crisis de la adolescencia no es analista"
(Mannoni, 1996: 29, 30).

7.2 Limitaciones y sugerencias.

En un inicio el presente trabajo de investigación incluía la idea de cotejar los resultados del grupo de reflexión con un grupo control, sin embargo, por cuestiones éticas, éste no se pudo llevar a cabo ya que no podía ser negada a los pacientes la oportunidad de recibir otro tratamiento grupal, que en el caso de los adolescentes era la principal opción debido a la gran demanda dentro del hospital.

Otro aspecto de la investigación que se modificó fue el instrumento ya que el elegido en un principio no contaba con la sensibilidad suficiente para identificar aquellos pacientes adolescentes con baja autoestima, por lo que nos vimos en la necesidad de buscar un instrumento que tuviera más capacidad para reconocer este aspecto, con la ventaja de que el instrumento utilizado (MMPI-A) arrojó material que enriqueció la investigación. No obstante, no es recomendable usar este instrumento en menores de 14 años, ya que aún no hay normas para adolescentes más jóvenes. Sugerimos abrir líneas de investigación al respecto, pues nosotras pudimos comprobar que, con el debido cuidado, el inventario puede resultar válido y efectivo en chicos de 12 y 13 años.

Una más de las limitaciones de ésta investigación fue que no se contaba con un espacio adecuado, dentro de la institución, para llevarla a cabo; por lo que se tuvo que adaptar un consultorio que comúnmente es utilizado para realizar psicodiagnósticos, resultando

incómodo permanecer varias personas durante hora y media en un sitio tan reducido.

También nos encontramos con la dificultad de no saber cual será la estabilidad de los cambios registrados en el posttest, por lo que se sugiere que en éste tipo de investigación se realicen estudios que permitan llevar un seguimiento de los pacientes.

Consideramos que la población a la que se aplicó el grupo de reflexión es muy homogénea dado que entre sus características principales, hallamos que son personas con un nivel socioeconómico medio-bajo, que provienen de familias disfuncionales y amalgamadas, además de que, como se pudo observar, la muestra con que se trabajó coincidía en el alto grado de reprobación escolar, por lo que se aconseja replicar el grupo de reflexión sobre la autoestima para adolescentes en otros ámbitos (otras instituciones hospitalarias, escuelas, casas hogar, etc.) lo que serviría para corroborar la eficacia del grupo y daría la posibilidad de establecer relaciones y generalizaciones más certeras y adecuadas. Junto a esto se sugiere investigar éste grupo de reflexión en niños de edades más tempranas, con el fin de elaborar programas de prevención en un primer nivel, atendiendo a la población que aún no presenta características evidentes de una baja autoestima; y de esta manera evitar que se llegue con ésta a la adolescencia y se complique con la crisis propia de dicha etapa.

También se propone comparar el tiempo del tratamiento, por una parte aumentando el número de sesiones para trabajar de manera más profunda ciertos temas relacionados a la autoestima que no se incluyeron o se exploraron poco en la presente investigación. Por otro lado, se sugiere probar reduciendo el número de sesiones a 10, ya que

éste fue el número de sesiones en el que se concentró el mayor número de asistencia.

A nuestro parecer resultaría interesante trabajar a la par que se lleva el grupo de reflexión para adolescentes, con los padres o responsables de los jóvenes; con el propósito de darles información, orientación y sensibilización en relación al tema.

Nos parece importante indicar que dentro de la institución en que se elaboró el presente trabajo, sería benéfico revisar los criterios de internamiento de los pacientes, al igual que los términos en que se prescribe el tratamiento farmacológico. Siendo necesario sensibilizar al personal de la salud, para que realmente se comprometa y responsabilice en su trato y atención con la población a la que atiende, para lo que se requiere una mayor formación terapéutica en los psicólogos que trabajan con grupos. Sobre todo aquellos que pretenden usar el psicoanálisis como base teórica, para que no se caiga en "manipulaciones perversas" de los procesos inconscientes que suceden en organismos médico-sociales y empresas económicas, como lo señala Anzieu (1998).

Finalmente, creemos que es esencial que al tratarse de una organización auspiciada por el estado, reciba mayor apoyo, pues al fin y al cabo ha sido creada para prevenir, mantener y aliviar la salud mental de la población infantil del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ψ Aberastury, A. y Knobel, M. (1998) ***La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico***. México: Paidós.
- ψ Aguirre, B. A. et. al. (1996) ***Psicología de la adolescencia***. Colombia: Alfaomega.
- ψ Alatorre, J. y Torres, H. (1994) ***Criterios para la elaboración de documentos psicológicos***. (Traducción selectiva del "Publication manual of the American Psychological Association"). México: Facultad de psicología, UNAM.
- ψ Alcántar M. (1988) ***Relación entre el rendimiento escolar y el grado de autoestima de adolescentes entre 15 y 20 años en una preparatoria privada en el sur de D. F.*** Tesis de licenciatura en pedagogía. Universidad Intercontinental. México, D. F.
- ψ Anzieu, D. (1998) ***El grupo y el Inconsciente: lo imaginario grupal*** (4a. edición). España: Biblioteca nueva.
- ψ Bion, R. W. (1994) ***Experiencias en grupos***. México: Paidós.
- ψ Blos, P. (1975) ***Psicoanálisis de la adolescencia***. México: Joaquín Mortiz.
- ψ Blos, P. (1993) ***Los comienzos de la adolescencia***. Argentina: Amorrortu.
- ψ Branden, N. (1993) ***"El poder de la autoestima: como potenciar este importante recurso psicológico"***. Buenos Aires: Paidós.
- ψ Branden, N. (1999) ***Los seis pilares de la autoestima***. México: Paidós.
- ψ Bonnave, R. (1994) ***Autoestima en mujeres con respecto a la edad y lugar de residencia***. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Intercontinental. México, D.F.
- ψ Cameron, N. (1982) ***Desarrollo y psicopatología de la personalidad***. México: Trillas.

- ψ Comparán V. (2000) *El grupo de reflexión como agente de cambio positivo en la actitud hacia la enfermedad mental de los familiares con pacientes esquizofrénicos*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- ψ Colunga T. (1997) *Programa vivencial para mujeres sobre imagen corporal y autoestima desde la psicología humanista*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Intercontinental. México, D. F.
- ψ De Ajuriaguerra, J. (1986) *Manual de psicopatología del adolescente*. México: Masson.
- ψ Dellarossa, A. (1979) *Grupos de reflexión*. Argentina: Paidós.
- ψ Díaz, G. y Hillert (2000) *El tren de los adolescentes*. Argentina: Lumen/Hvmanitas.
- ψ Dolfo, F. (1990) *La causa de los adolescentes: el verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes*. España: Seix-Barral.
- ψ Erickson E. (1978) *Sociedad y adolescencia* (4a. Edición) México: Siglo XXI.
- ψ Erickson E. (1993) *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- ψ Estrada-Inda, L., Salinas, J., et. al (1991) *La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia* (2a. edición). México: Ediciones y distribuciones hispánicas.
- ψ Falcón, Y. (Otoño, 1999) Taller de autoestima Gestalt-Branden. Revista figura-fondo del instituto humanista de psicoterapia gestalt; 3, (2). 69-92.
- ψ Fenichel, O. (1997) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.
- ψ Fernández, Ch. y Vilallonga, F. (Diciembre, 1997) Psicoanálisis en las instituciones -consulta en un hospital público-. Revista intercontinental de psicoanálisis contemporáneo; 2: (2). 99-119.

- ψ Fernández, M. O. (1986) *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Argentina: Ediciones nueva visión.
- ψ Forzan de Lachica (1998) *Influencia de la autoestima en el rendimiento escolar de adolescentes en secundaria*. Tesis de licenciatura en pedagogía. Universidad Intercontinental. México, D. F.
- ψ Freud, A. (1984) *El desarrollo del adolescente* (4a. Edición). Argentina: Horme.
- ψ Freud, S. (1914) *Introducción al narcisismo*. Tomo XIV. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- ψ Freud, S. (1917[1915]) *Duelo y melancolía*. Tomo XIV. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu
- ψ Freud, S. (1925[1924]) *Presentación autobiográfica*. Tomo XX. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- ψ Freud, S. (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*. Tomo XVIII. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu.
- ψ *Folleto de la secretaría de salubridad y asistencia*. Dirección General de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". (México, 1975). edición única.
- ψ Fromm, E. (1995) *El corazón del hombre. Su potencial para el bien y para el mal*. México: Fondo de cultura económica.
- ψ Hoffman, L. Paris S.; Hall, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. Vol. 2 (6a. edición) España: Mc. Graw-Hill.
- ψ James, W. (1989) *Principios de psicología*. México: Fondo de cultura económica: sección de obras de psicología y psicoanálisis.
- ψ Käs, R. (1977) *El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo*. Barcelona. Granica.
- ψ Käs, R. (1998) *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Argentina: Paidós.
- ψ Kaplan, L (1996) *Adolescencia. El adiós a la infancia*. México. Paidós.

- ψ Kerlinger (1988) *Investigación del comportamiento*. México: Interamericana.
- ψ Levobici, S (1992) *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- ψ Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1998) *Inventario multifásico de la personalidad Minnesola para adolescentes (MMPI-A)* México: Manual moderno, UNAM.
- ψ Mannoni, O., Deluz, A., Brochier, H., Gibello, B., et al. (1996) *La crisis de la adolescencia*. España: Gedisa.
- ψ Martínez, I. (1987) *El rol sexual y la autoestima en las mujeres*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- ψ Moraleda, M. (1999) *Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega.
- ψ Moreno, A. L. (1994) *Autoestima en madres con hijos autistas*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Intercontinental. México, D.F.
- ψ Muuss, R. E. (1994) *Teorías de la adolescencia* México: Paidós mexicana, S.A
- ψ Organización mundial de la salud. (2001) *CIE-10 Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes* España: Autor.
- ψ Papalia, D. y Wendkos Olds S. (1999) *Psicología del desarrollo* (7a. edición). México: Mc Graw-Hill.
- ψ Ponce, A. (1992) *Psicología de la adolescencia*. México: Limusa
- ψ Ramírez, M. G. (1998) *Características del autoconcepto en adolescentes con intento suicida en una población psiquiátrica*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- ψ Rodríguez E. y Blanco (Abril, 1999) *Boletín del servicio de psicología. Hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro"* 1.(11).

- ψ Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C. y cols. (1997) *Psicología social*. México: Trillas.
- ψ Sampieri, R. et. al. (1998) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- ψ Sánchez, G., Araluce, M., Rodríguez, C., et al. (1995) Desarrollo del pensamiento lógico-formal y su relación con el desarrollo puberal en los adolescentes. Revista del hospital psiquiátrico de La Habana, 31, 63-66.
- ψ Satir, V. (1991a) *En contacto íntimo, como relacionarse consigo mismo y con los demás* México: Pax.
- ψ Satir, V. (1991b) *Nuevas relaciones en el núcleo familiar*. México: Pax.
- ψ Segal, H. (1992) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- ψ Semblanza del Dr. Juan N. Navarro (Julio-Agosto, 1997) Salud Pública de México Época V, IX, (4), 1.
- ψ Solís, J. (Enero-Junio, 1996) Autoestima, autoconcepto y salud mental. Psicología y salud. Nueva época 7, 155-163. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana.
- ψ Steinem, G. (1995) *Revisión desde dentro: un libro sobre la autoestima* (M. Bofill, Trad.) Barcelona: Anagrama.
- ψ Trejo, G. (1996) Una instancia creativa frente a la marginalidad del adolescente. Procedente de Estudios sobre psicosis y retardo mental del Grupo Teseo. 1, 208-213.
- ψ Valenzuela, C. A. (2000) [Teoría y técnica de la psicoterapia de grupo: Curso taller introductorio] (Realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", disponible en la División de educación continua de la Facultad de Psicología; Saturnino Herrán 135 col. San. José Insurgentes).

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

ψ Verduzco, M. et. al. (Diciembre, 1994) Validación del inventario de autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. Revista intercontinental de psicología y educación: 4: (2): 55-64.

ψ Villa, P. (1997) **Autoestima en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta**. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.

ψ Zinser, O. (1992) **Psicología experimental**. México: Mc. Graw-Hill.

ANEXOS

Esquema Para La Entrevista Familiar Y La Anamnesis (S. Levobici)
*modificado.

I. HISTORIA DE LOS TRASTORNOS.

Los síntomas actuales y anteriores; la o las consultas anteriores.

II. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA Y CONDICIONES DE VIDA.

- a) Los padres y los abuelos (profesión y niveles de estudio).
- b) Hermanos y otras personas con relaciones cercanas.
- c) Condiciones de vida de la familia (vivienda, salarios...).

III. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES EN LA VIDA DEL ADOLESCENTE.

- 1) Enfermedades e intervenciones quirúrgicas.
- 2) Separaciones familiares (motivos, circunstancias, duración, reacciones del adolescente, contactos con los padres, etc.).
- 3) Acontecimientos significativos relativos al adolescente y a la familia (muertes, separación de los padres, divorcio, etc.).

IV. EMBARAZO Y PARTO.

- 1) Conocimientos que posee el adolescente acerca de cuando sus madres estaban embarazadas y como lo sienten y viven actualmente ellos.

V. DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA.

- 1) Recuerdo de algún problema en la primera infancia en el área motora, del lenguaje, enfermedades, etc.

VI. EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES CON EL ENTORNO E INTERCAMBIOS AFECTIVOS.

- 1) Alimentación:
 - ⊖ primera lactancia: natural o artificial;
 - ⊖ apetito.
 - ⊖ adquisición de autonomía alimentaria: uso de cubiertos.
 - ⊖ Limpieza. Elección de alimentos.

2) Miedos frente a personas desconocidas. Tolerancia a la ausencia de la madre.

3) Sueño: ritos a la hora de dormirse y otros rituales.

4) Adquisición del control de esfínteres:

- edad y estabilidad de las adquisiciones. Normas educativas. Aceptación por parte del niño. Recaidas:

5) Reacciones frente a las primeras prohibiciones.

6) Conductas e intereses sexuales:

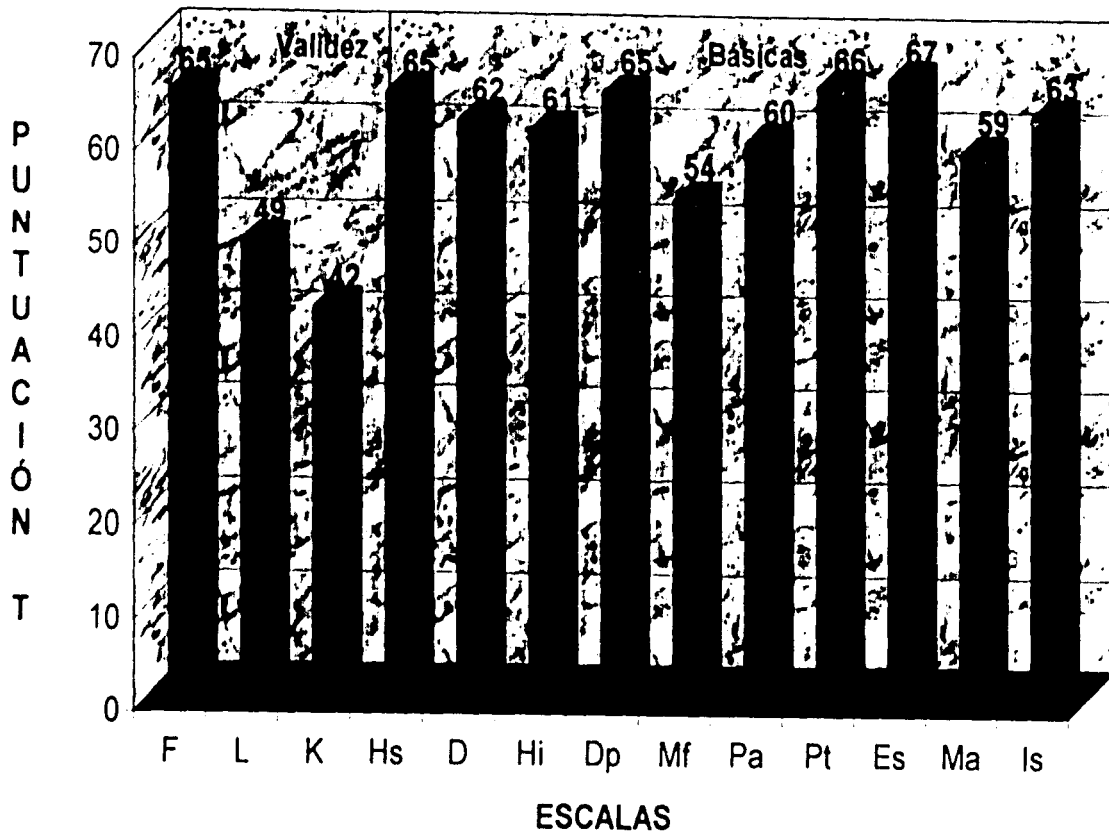
- curiosidad y preguntas sobre la diferencia sexual, sobre el origen de los niños, conductas masturbatorias y manifestaciones de la sexualidad infantil y adolescente.
- conductas sexuales y percepción de los roles masculino y femenino.

VII. ESCOLARIDAD.

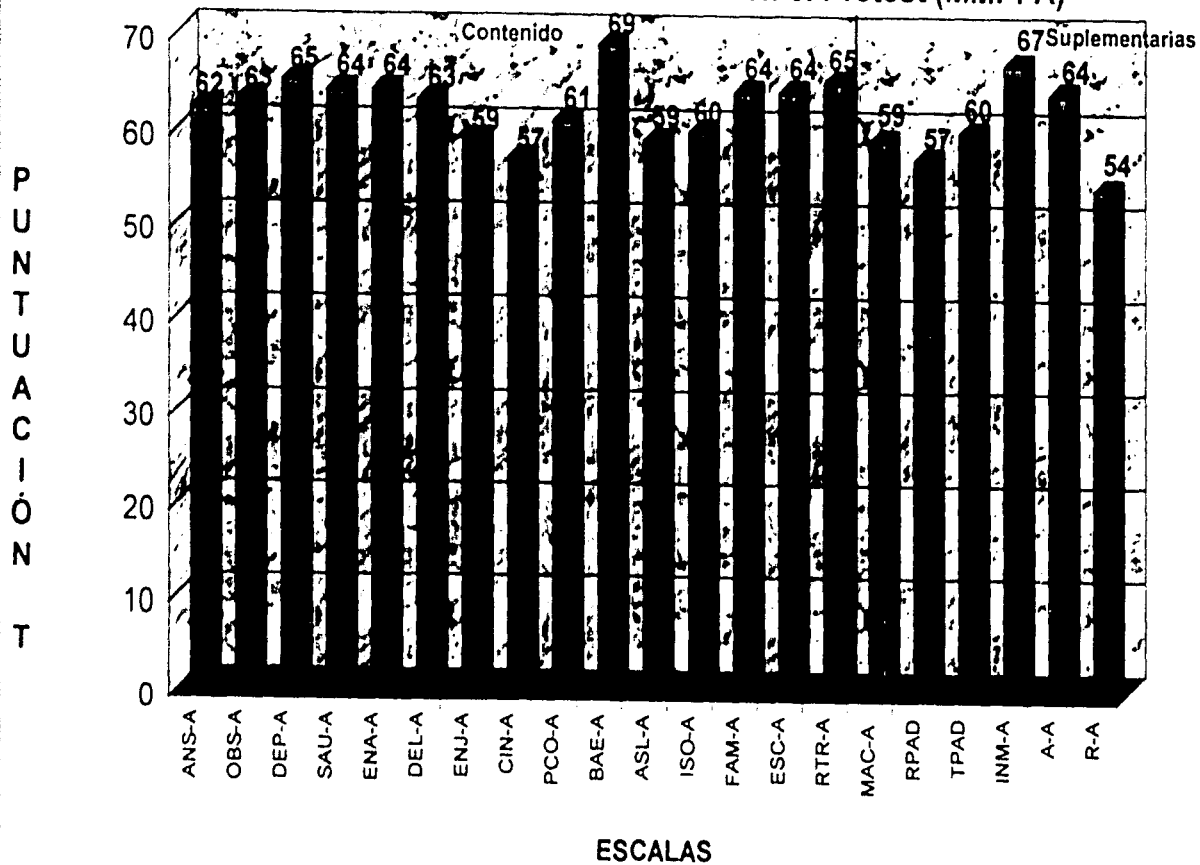
- Guardería: edad de comienzo. Primeras reacciones y adaptación posterior (relaciones con profesores);
- historia (tipos de clases, cambios de escuelas, etc.);
- ayudas pedagógicas complementarias;
- resultados escolares;
- proyectos para el futuro (escolares, profesionales);
- actitudes frente al trabajo escolar (interés, reacciones frente al éxito o el fracaso, etc.);
- relaciones con otros niños y adolescentes. Características del juego: miedos, agresividad, aislamiento, etc.;
- otras particularidades del "carácter" que parezcan chocantes a los mismos adolescentes y a los padres.

VIII. EXPECTATIVAS QUE EL ADOLESCENTE TIENE SOBRE SÍ MISMO Y AQUELLAS QUE CONOCE QUE SUS PADRES TIENE SOBRE ÉL.

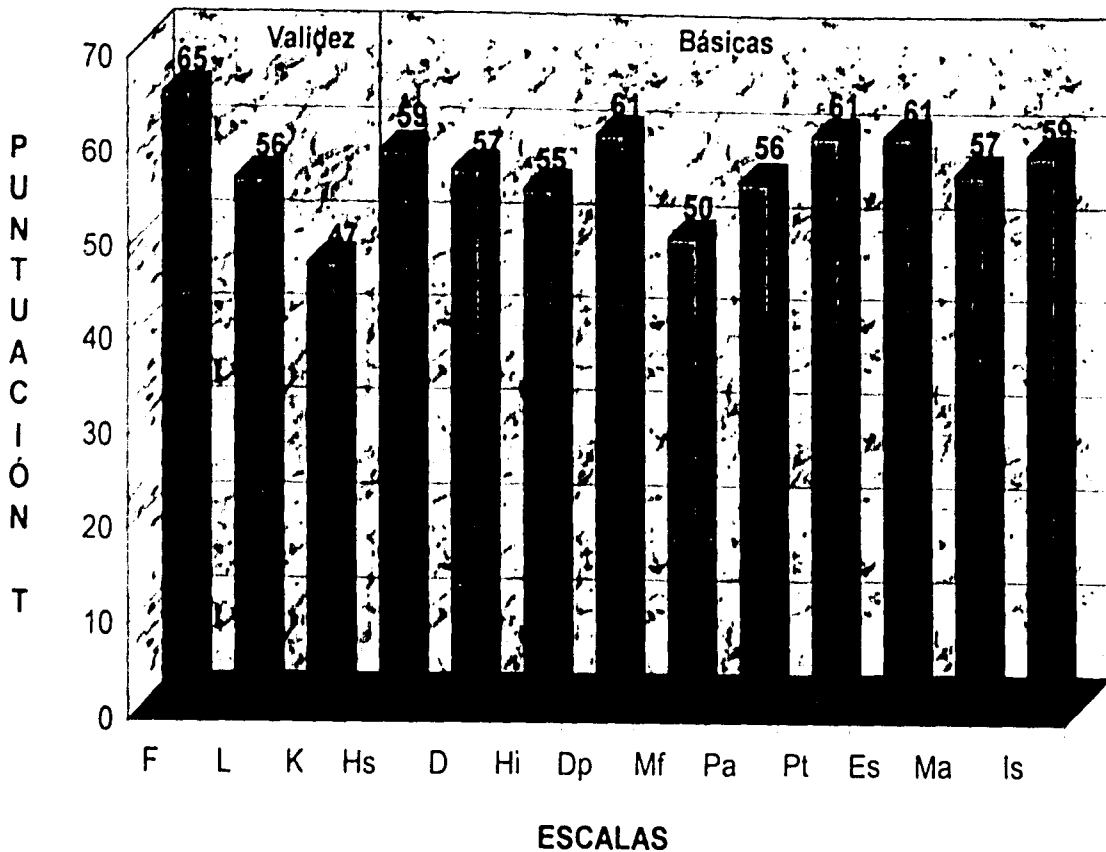
Promedio General de los Varones en el Pretest (MMPI-A)



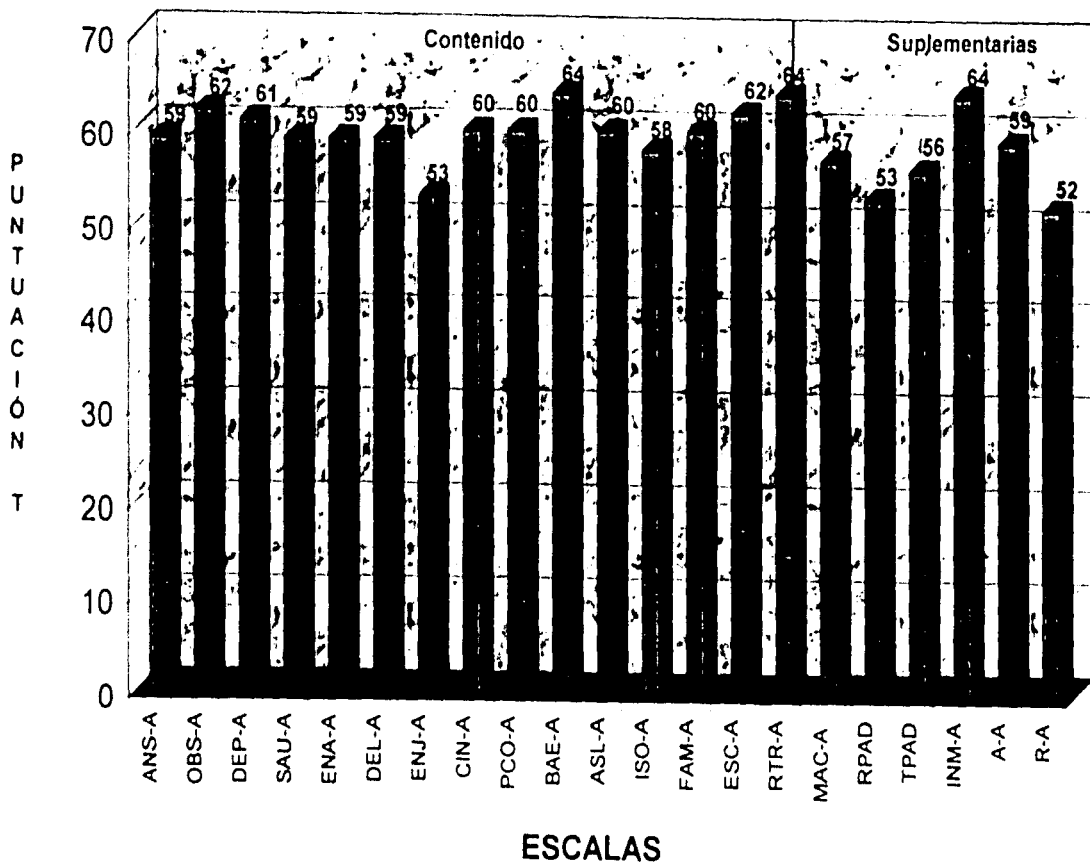
Promedio General de los Varones en el Pretest (MMPI-A)



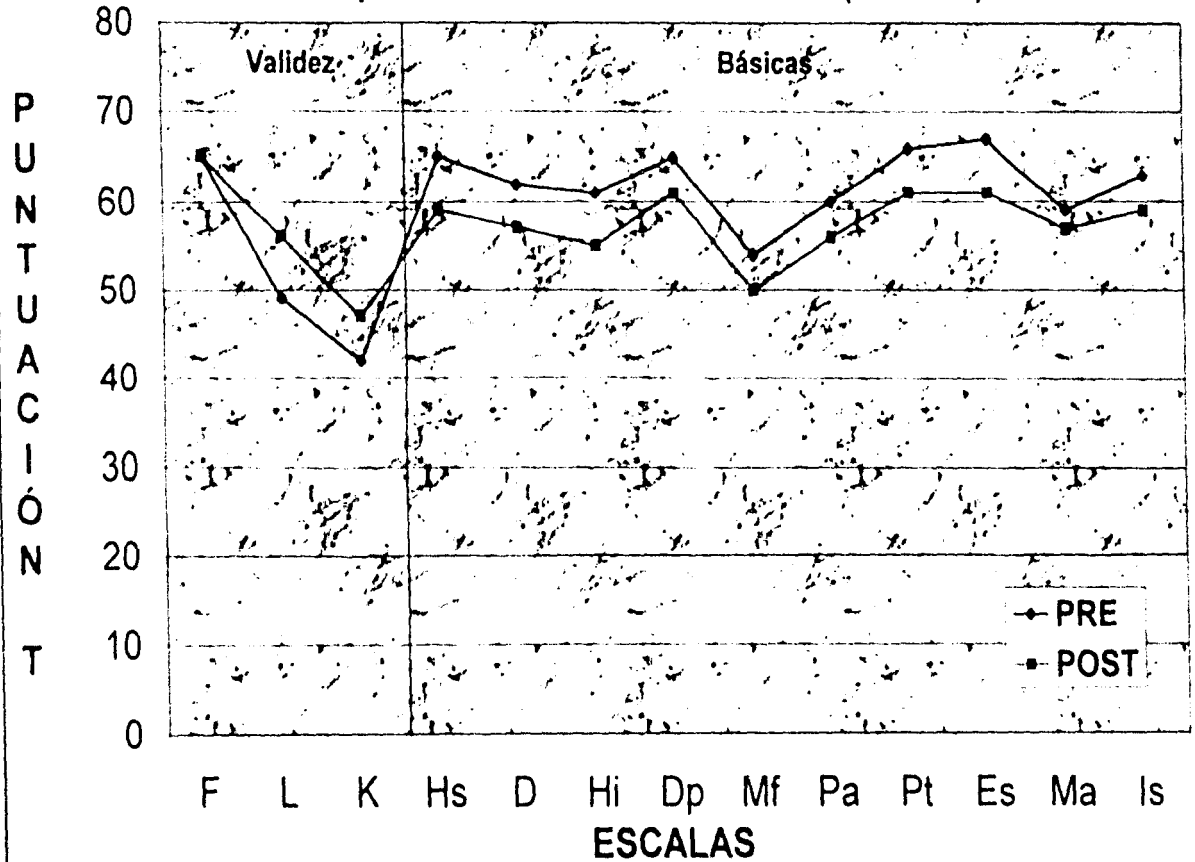
Promedio General de los Varones en el Postest (MMPI-A)



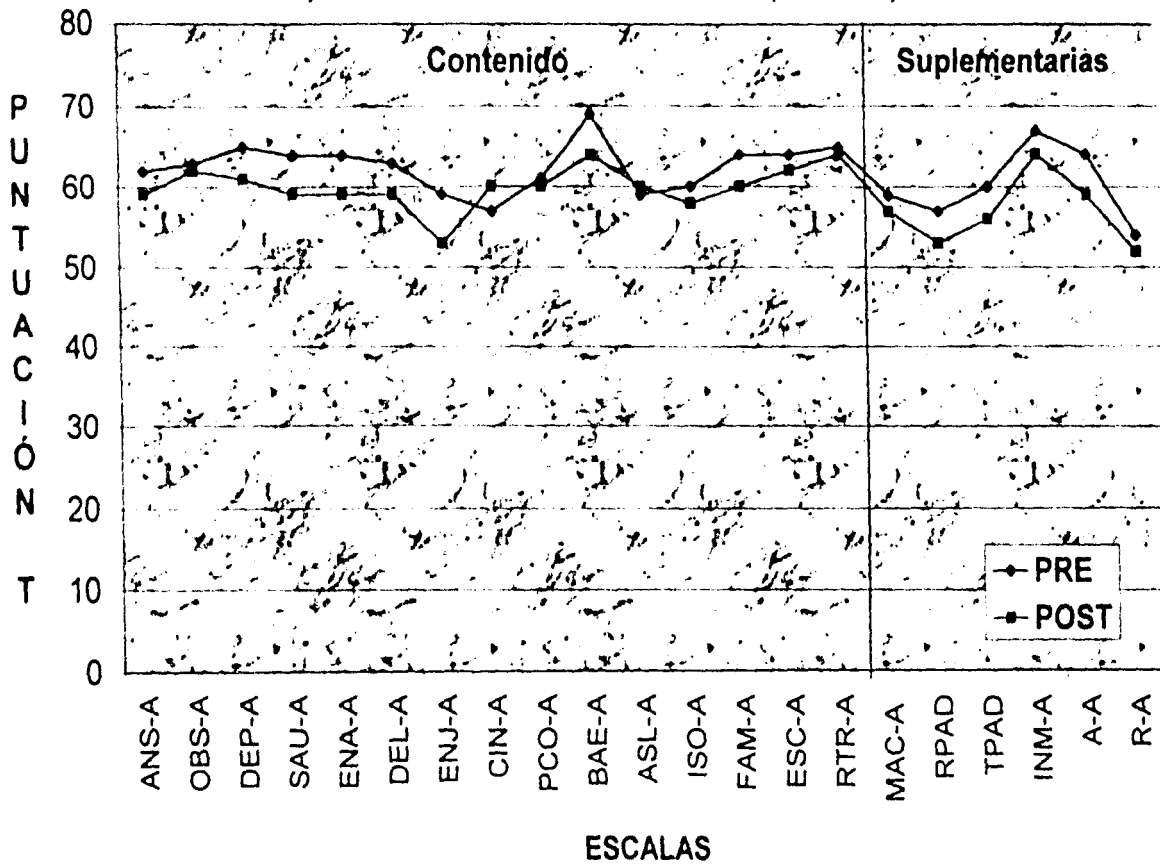
Promedio General de los Varones en el Postest (MMPI-A)



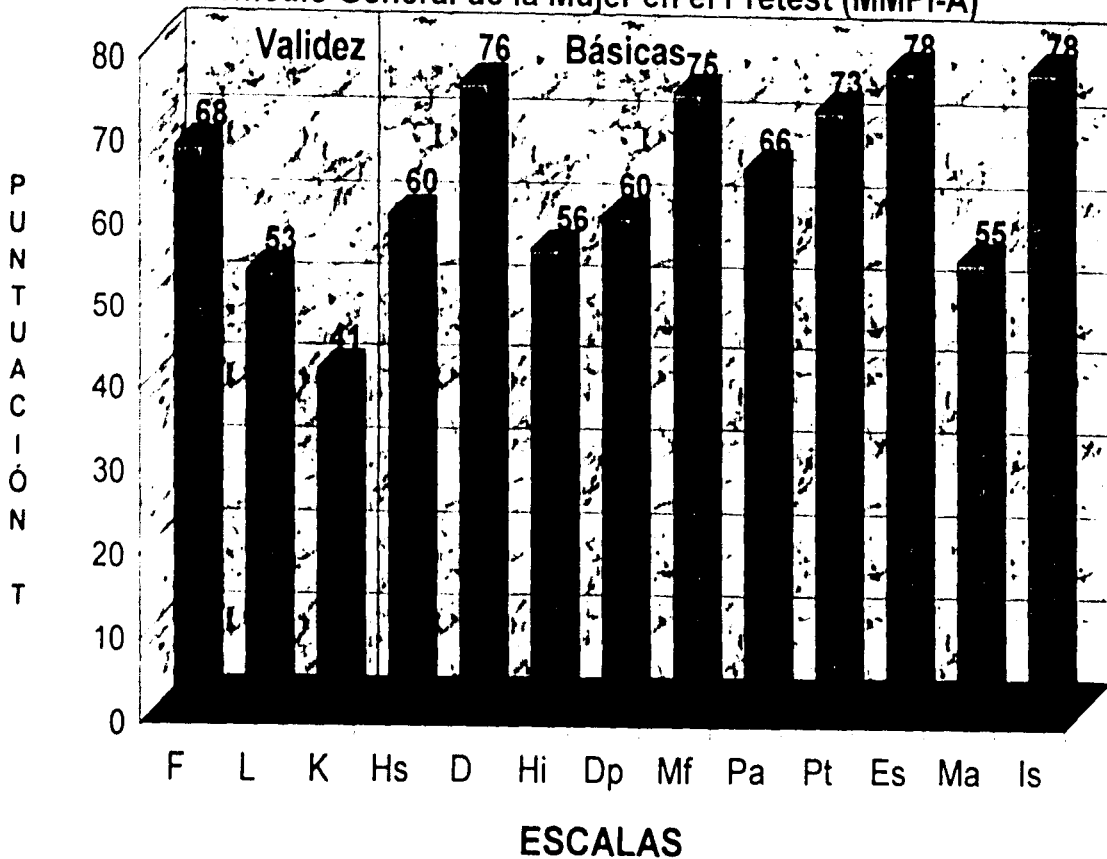
Comparación de Promedios Pre-Post (Varones)



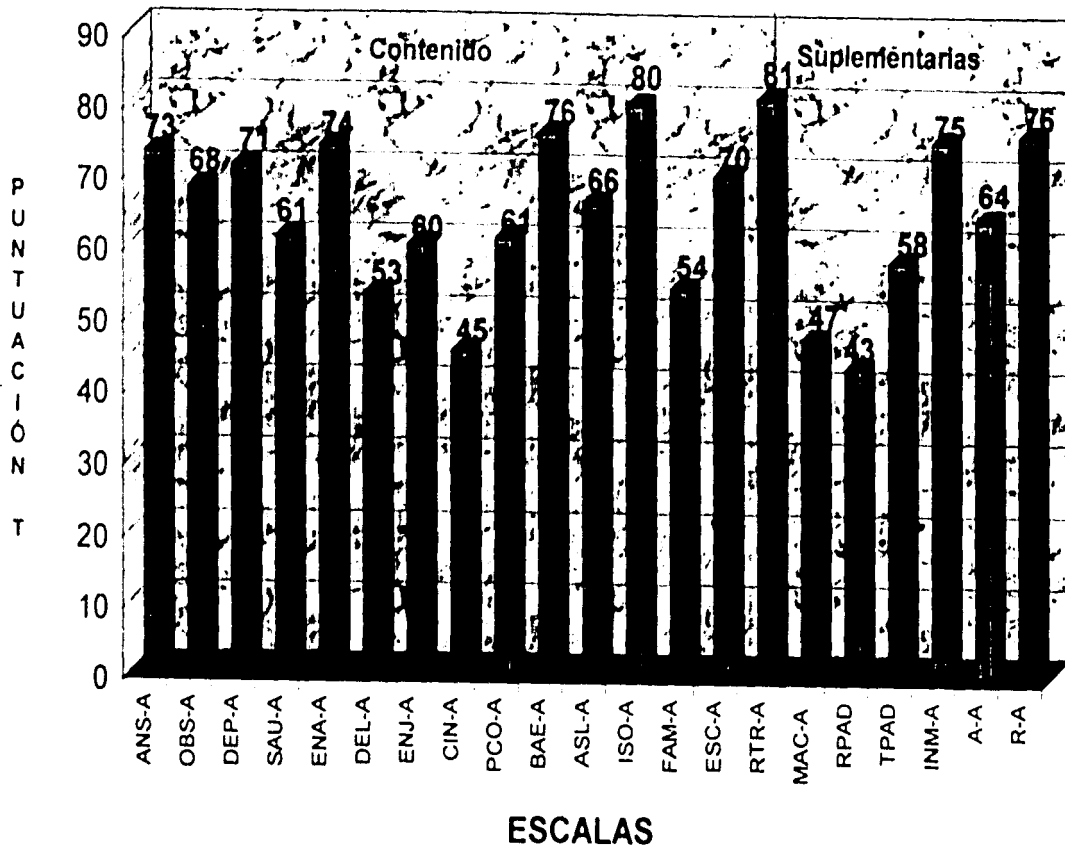
Comparación de Promedios Pre -Post (Varones)



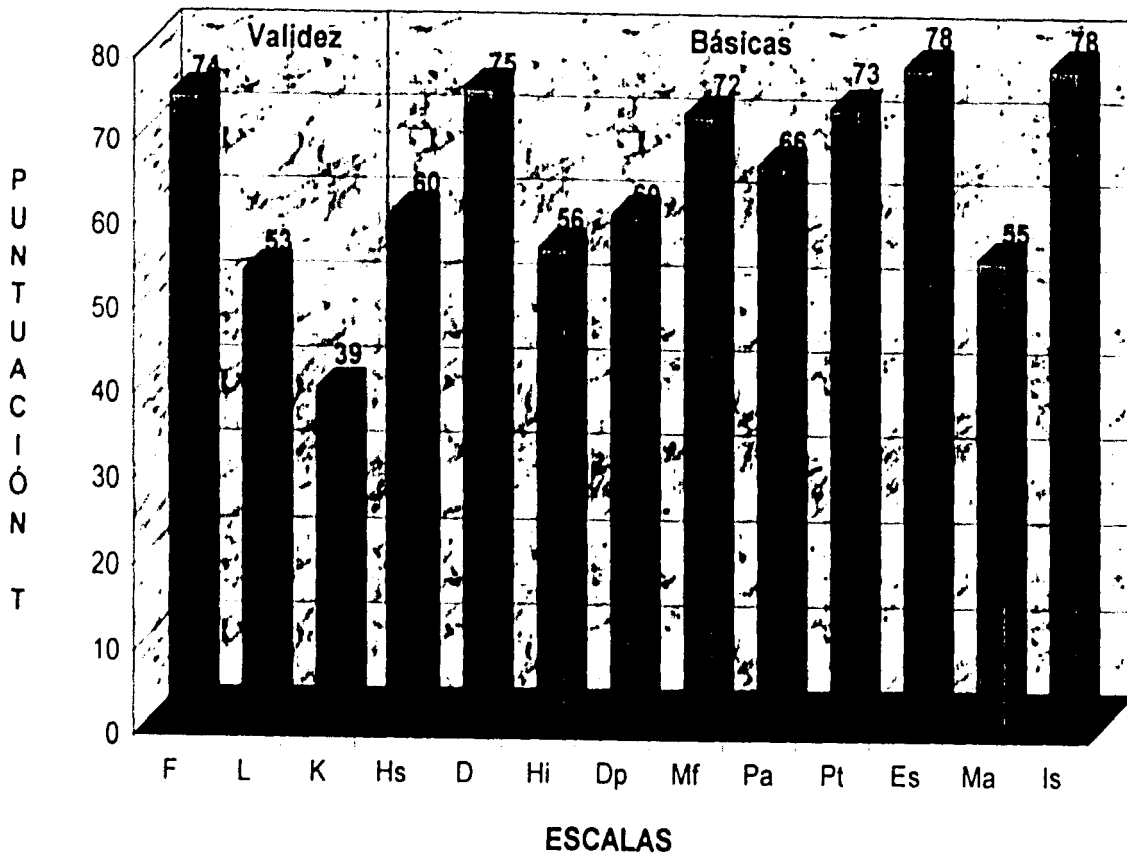
Promedio General de la Mujer en el Pretest (MMPI-A)



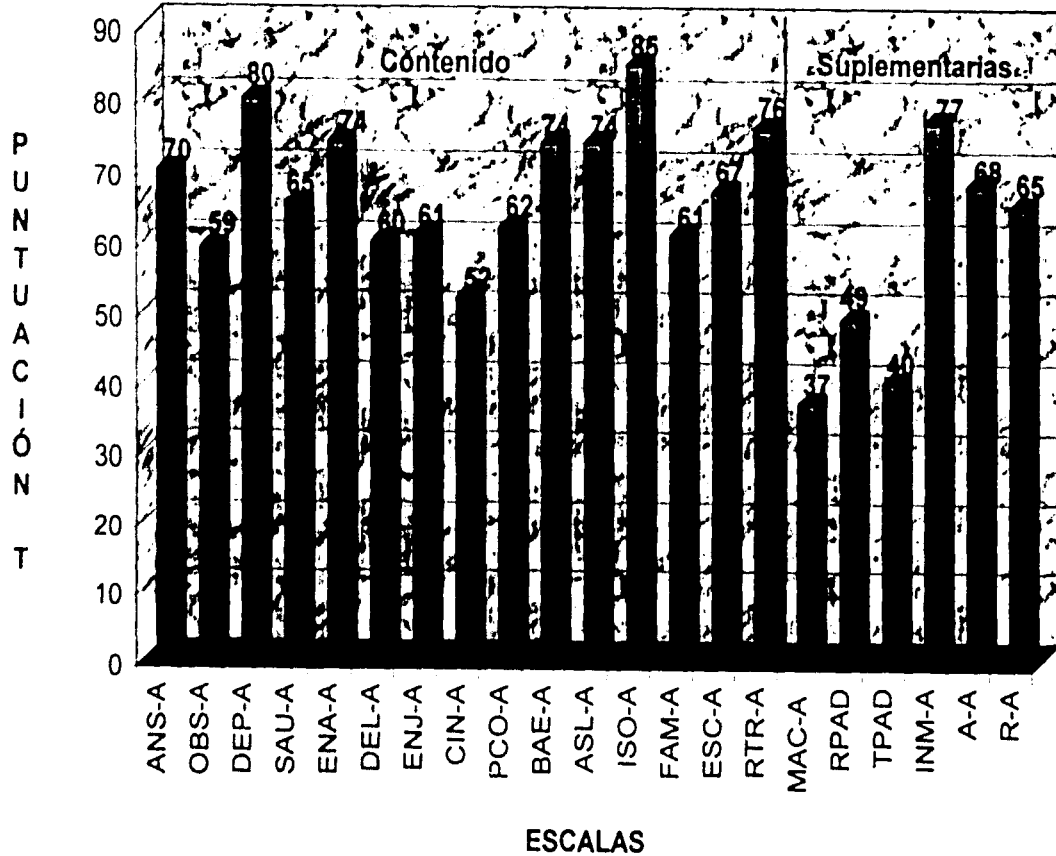
Promedio General de la Mujer en el Pretest (MMPI-A)



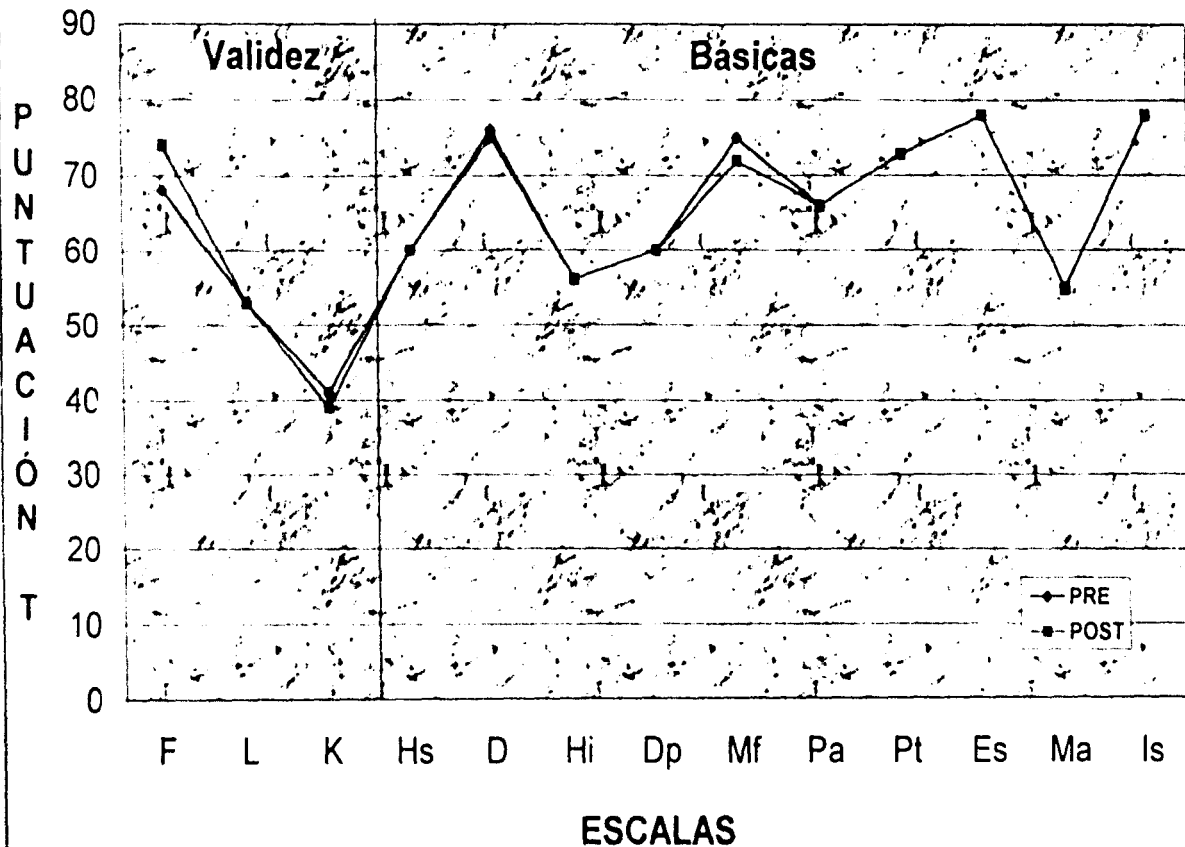
Promedio General de la Mujer en el Postest (MMPI-A)



Promedio General de la Mujer en el Postest (MMPI-A)



Comparación de Promedios Pre-Post (Mujer)



Comparación de Promedios Pre-Post (Mujer)

