



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ESTRÉS, CONFLICTOS FAMILIARES Y BAJA AUTOESTIMA
EN DOS MUESTRAS DE ADOLESCENTES DEL DF”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CLAUDIA BARBARELLA CONTRERAS DE LA PARRA**

NÚMERO DE CUENTA: 9753935-5

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO**

**ASESORA:
MSTRA: MILAGROS FIGUEROA**



MÉXICO, D.F.

2005

m. 341157

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA	1
1.1 Definición.	1
1.2 Teorías.	2
1.3 Características.	5
1.4 Inicio y fin de este período.	8
1.5 Adolescencia actual en México: Factores que repercuten en el cambio	11
CAPÍTULO II. EL ESTRÉS y LOS SUCESOS ESTRESANTES	17
2.1 El Ser Humano y el Estrés.	17
2.2 Estudio Científico del Estrés.	18
2.3 El Concepto de Estrés en Psicología	20
2.4 Evaluación Cognoscitiva y Afrontamiento.	24
2.5 Factores que influyen en el Proceso de Evaluación Cognitiva: otorgarle un significado psicológico a los eventos.	29
2.6 La importancia del estrés como problema en la economía, la sociedad y la salud.	32
CAPÍTULO III. ADOLESCENCIA, ESTRÉS Y SUCESOS DE VIDA.	36
3.1 Adolescencia y Estrés.	36
3.2 Factores mediadores del impacto del estrés en la salud.	37
3.3 Características de adolescentes con altos niveles de estrés.	44
3.4 Sucesos estresantes y el desarrollo de psicopatología en la adolescencia.	50
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	58
4.1 Justificación	58
4.2 Planteamiento del problema	59
4.3 Objetivo General	60
4.4 Objetivos específicos	60
4.5 Variables	60
4.6 Definición de variables	61
4.7 Tipo de muestra	63
4.8 Sujetos	64
4.9 Escenario	66
4.10 Tipo de estudio	66
4.11 Diseño de Investigación	66
4.12 Instrumentos	66
4.13 Procedimiento	70
4.14 Tipo de análisis	71

CAPÍTULO V. RESULTADOS	72
5.1 Análisis cuantitativo	72
5.2 Análisis cualitativo	73
CAPÍTULO VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	87
6.1 Análisis Cuantitativo	87
6.2 Análisis cualitativo	88
6.3 Discusión	90
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	98
7.1 Conclusiones	98
7.2 Sugerencias y limitaciones de este estudio.	99
REFERENCIAS	101

INTRODUCCIÓN

El proceso de crecimiento y desarrollo humano ha recibido especial atención en lo que respecta a las vivencias, a la forma en que somos educados, y las consecuencias que dichas experiencias tempranas tienen en los años posteriores. Esto ha dado origen a numerosas teorías sobre el desarrollo, que han partido desde diferentes puntos de vista, para dar cuenta del proceso que involucra desde la concepción hasta la muerte.

Dentro del proceso normal de desarrollo, los seres humanos atravesamos una etapa de transición de la niñez a la etapa adulta, en la cual se presentan una serie de cambios biológicos, psicológicos y cognitivos dirigidos a la búsqueda de la propia identidad y cuyo fin último es formar parte del mundo adulto en el contexto social en que cada uno vive. Este período se conoce como adolescencia, considerada como la fase de transición de la niñez a la etapa adulta.

Debido a los múltiples cambios que los adolescentes deben enfrentar, esta etapa suele considerarse como un periodo de crisis o periodo de riesgo, ya que dependiendo de la forma en que solucionen los conflictos los jóvenes lograrán una adaptación adecuada o inadecuada a la sociedad.

El presente estudio, forma parte de la investigación "Sucesos de Vida estresantes en la adolescencia", llevada a cabo por la Dra. Emilia Lucio, en la Facultad de Psicología de la UNAM (2001) cuyo objetivo fue la construcción de un instrumento que permita medir el efecto de los sucesos de vida estresantes durante la adolescencia y su relación con la emergencia de psicopatología. Esta investigación, retoma una parte de la muestra de jóvenes que participaron en aquella, y pretende describir cómo el significado de esta etapa en el desarrollo del individuo y sus características específicas, son factores importantes en la vulnerabilidad hacia el estrés.

Las investigaciones en torno a este periodo del desarrollo son vastas; el estudio de la adolescencia ha recibido especial importancia dado el valor preventivo que reviste esta etapa en lo que a salud se refiere. Concretamente, en materia de salud mental se conocen varios instrumentos de evaluación o exploración de ciertas características importantes en la vida de un adolescente; sin embargo, son pocos los instrumentos contruidos tomando en cuenta las características propias de la población mexicana.

Este estudio pretende explorar la relación que existe entre algunos indicadores de conflicto familiar y de baja autoestima -que pueden ser considerados como factores de riesgo-, y algunos sucesos estresantes, en dos muestras de adolescentes del DF, una muestra normal y una muestra clínica.

Se analiza el papel que juegan los sucesos estresantes del área Familiar, Social y de Logros y Fracasos, de acuerdo al instrumento de "Sucesos de Vida" (Lucio y Durán, 2003).

Como parte del propósito de este estudio se busca enfatizar la importancia de la construcción de instrumentos de evaluación de la adolescencia, que tomen en cuenta las características propias de la población mexicana. De esta manera se pretende contribuir a reforzar y promover la tarea preventiva del psicólogo, brindando herramientas explicativas y que a su vez faciliten logros profesionales en la evaluación y tratamiento del adolescente.

Con tales fines el contenido se dividió en siete capítulos. El primero abordará la definición y delimitación de la adolescencia, desde diferentes perspectivas como parte de un proceso normal de desarrollo del individuo. Se presentarán algunas características, se justifica la relevancia de su estudio y de manera más específica, se mencionan y analizan algunas características de la adolescencia actual en México.

Introducción

El capítulo II está destinado al estudio y revisión del estrés como un fenómeno psicológico que involucra también el ámbito biológico y social de los seres humanos. Se presenta el modelo teórico del estrés, de Lazarus y Folkman. Concluye con las implicaciones que tiene el estrés en la salud, la economía y la sociedad.

El capítulo III aborda el estrés que se presenta de manera especial en el período adolescente, así como los que se consideran factores de riesgo y protección, a través del estudio de los adolescentes que han mostrado altos niveles de estrés, comparados con un grupo de adolescentes “normales”. Se abordan también los conceptos de resiliencia, susceptibilidad y vulnerabilidad al estrés, que son claves para entender el proceso a través del cual el estrés repercute en la salud. Así mismo, se presentarán algunas características resultado de investigaciones llevadas a cabo con adolescentes que se encuentran con un alto nivel de estrés y las variables relacionadas.

El capítulo IV describirá la metodología empleada en la presente investigación, definiendo los objetivos propuestos, la pregunta de investigación, el planteamiento del problema, la definición de las variables involucradas, los sujetos que formaron parte, los criterios de inclusión y exclusión, el escenario, el tipo de investigación de que se trata, el material y procedimiento empleados; así como el tipo de análisis a que se sometieron los datos.

En el capítulo V se describirán los análisis estadísticos que se utilizaron y los resultados obtenidos.

El capítulo VI estará destinado al análisis de los resultados, tanto cuantitativos como cualitativos, la discusión de los mismos a la luz de la teoría.

El capítulo VII resume las conclusiones a que llevó este estudio; así como las sugerencias y limitaciones observadas.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

Los seres humanos somos organismos tridimensionales: poseemos una dimensión corporal, una psíquica-social y una espiritual¹. La primera nos conecta con el mundo exterior, nos permite percibirlo a través de los sentidos y también nos permite percibirnos y percibir al otro en tanto seres físicos. La segunda considera los afectos, sentimientos, cogniciones, aprehensión del mundo, y nos retoma como seres inmersos en un grupo social; la tercera nos considera seres únicos e irrepetibles, capaces de crecer en valores, libres y responsables. A partir de esta perspectiva tridimensional del ser humano, esto es -bio-psico/social-espiritual-, se presentan algunas definiciones en torno al concepto de adolescencia, y se enfatiza la esfera de lo psíquico como parte fundamental de la esencia de este período del desarrollo, huelga decir, de este trabajo. El marco general que se propone, tiene como fin mostrar una visión de la adolescencia desde diferentes teorías; así como describir las características que lo hacen peculiar y diferente al resto de las etapas del ciclo vital, y porque éstas son factores importantes en la vulnerabilidad del individuo frente al estrés.

1.1 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es una etapa del desarrollo, en la que se realizan nuevas adaptaciones, incluye una serie de cambios biológicos, psicológicos y cognoscitivos dirigidos a la búsqueda de un nuevo sentimiento de identidad personal. Esta perspectiva hace hincapié en el comportamiento que distingue a la etapa infantil de la adulta (cuya característica principal es el logro de la autonomía, al menos en principio), dentro el contexto social en que cada uno vive (Vázquez, 1983, Muuss, 1999).

Ya desde sus raíces etimológicas, la palabra adolescencia hace referencia a un proceso de cambio dirigido a madurar. Deriva del verbo latino *adolescere*, ad, a o hacia, y *olescere*, forma incoactiva de *olere* que significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez" (Hurlock, 1994; Muuss, 1999).

Desde la perspectiva sociológica, adolescencia es el punto de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (Muuss, 1999).

El punto de vista biológico considera que la adolescencia comienza en el momento de la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario; y su terminación está marcada por la fusión de las epífisis y la diferenciación sexual completa (Martínez, 1995). Esta definición biológica del período adolescente, ha sido confirmada por hallazgos neuropsicológicos recientes. En un estudio llevado a cabo a través de un PET-SCAN, en 5000 niños normales, se comprobó que entre los 12 y los 18 años se producen significativamente más cambios funcionales en el cerebro -principalmente en áreas frontales-, que en el resto de los períodos del desarrollo (RAPOPPORT, 1999, citado en Civeira, A. Pérez-Pozá y L. Sarasa, 2001).

Cronológicamente la adolescencia es el espacio de tiempo comprendido desde aproximadamente los 12 ó 13 años y los primeros de la tercera década (20's). Sin embargo, el rango de edades que se considera dentro de este período, varía dependiendo de diferencias individuales, del clima, la cultura, el nivel socioeconómico, la alimentación, etc. (Vázquez, 1983, Muuss, 1999).

¹ Víctor Frankl (1994) en su propuesta Logoterapéutica propone una antropología tridimensional en la que enfatiza la dimensión espiritual como la más importante, aquella que nos hace verdaderamente humanos, y deja incluida la parte social dentro del mundo de lo psíquico.

Capítulo I. Adolescencia

En torno al concepto de adolescencia aparecen otros dos términos relacionados. La adolescencia aparece ligada a la etapa de la *pubertad* y de la *pubescencia*, pero esencialmente se refieren a dimensiones distintas.

El concepto de *pubescencia* versa sobre el desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; la *pubertad* es un fenómeno físico, observable, ligado a la aparición de caracteres sexuales secundarios, mientras que la adolescencia involucra procesos psicológicos y depende en gran medida del medio ambiente social (Labra, 1981, citado en Vázquez, 1983). Son estos procesos psicológicos los que más nos interesan.

1.2 TEORÍAS Y OBSERVACIONES PSICOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA ADOLESCENCIA.

Para una revisión exhaustiva de las teorías que han surgido para explicar y describir la adolescencia, se sugiere revisar a R. E. Muss (1999). Aquí se retomarán algunas teorías que abarcan diferentes puntos de vista con respecto a la adolescencia; aunque cabe aclarar que no son teorías exclusivas de este período de desarrollo, sino más bien enfoques globales desde los cuáles se ha estudiado a la adolescencia.

♥ **La Grecia Antigua, los inicios:** El interés por la etapa de la adolescencia aparece desde la antigua Grecia; pensadores como Platón y Aristóteles describían la manera de comportarse de los jóvenes al final de la infancia, con características peculiares que distinguían a esta etapa de las demás (Delval, 1997).

♥ **Teoría Psicología Biogenética de la Adolescencia-Modelo de Tormenta y Estrés:** A finales del siglo XIX, gracias a los avances de la medicina que disminuyeron los índices de mortalidad, se abrió paso al estudio sistematizado del desarrollo, incluido el período de la adolescencia como una etapa más de la vida. Stanley Hall figura en la literatura especializada como el iniciador del estudio sistematizado de la adolescencia. En 1904, este psicólogo estadounidense describió el desarrollo sexual, social, intelectual y emocional de los jóvenes en este período, y lo caracterizó como "un nuevo nacimiento", una etapa de "tormenta y estrés", cuyos cambios son generados biológicamente, originando que el individuo se muestre excéntrico, emotivo, inestable e impredecible, lleno de tensiones e inestabilidad (Hurlock, 1994; González-Forteza, 1996; Delval, 1997; Muuss, 1999).

A partir de esta primera publicación sobre Adolescencia, otros teóricos han abordado este período desde diferentes perspectivas: biológica, psicológica, sociológica o antropológica; y sus investigaciones han dado pie a diversos puntos de vista con respecto a la forma de conceptualizar la adolescencia, sus características y el papel que juega dentro de la sociedad.

♥ **Teoría psicoanalítica ortodoxa:** comparte con Hall la idea de que la adolescencia es un período filogenético; es decir, el ser humano repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual. Esta postura plantea que las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales; por ello, consideran a la adolescencia como un fenómeno universal. Para Freud existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y los procesos corporales (vr.g. agresividad y torpeza como resultado de cambios hormonales), y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra (el concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo pone en relación al individuo con otras personas). El psicoanálisis ortodoxo da mucha importancia a los instintos; considera que en la pubertad afloran los impulsos sexuales, que subordinan al resto de los instintos a la zona genital. La sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad; hay mayor excitabilidad y menor resistencia del Sistema Nervioso, por ello en la adolescencia todo individuo es vulnerable a desarrollar síndromes psicopatológicos (Muss, 1999).

Teorías psicoanalíticas posteriores señalaron que los factores sociales pueden modificar los impulsos del ello, y restaron importancia a los instintos y el determinismo biológico (op. Cit.). Algunos de los autores que figuran aquí son: Anna Freud, Otto Rank, Erick Fromm, Horney, Sullivan y Erikson. Veremos más a fondo la teoría de Erikson.

♥ **La teoría del establecimiento de la identidad según Erik Erikson:** Erick Erikson (1993) modificó la teoría freudiana del desarrollo psicosexual a la luz de ciertos hallazgos antropológicos, y propuso un modelo de desarrollo alrededor de ocho etapas del hombre. El concepto nuclear de su teoría del desarrollo del yo, lo constituye la adquisición o modificación de la identidad a través de la resolución de un conflicto. Erikson (op. Cit.) dividió el ciclo vital en ocho etapas, cada una de las cuales representa un conflicto que tiene dos desenlaces posibles: si el conflicto se elabora de manera satisfactoria, la cualidad positiva se incorpora al yo y puede producirse un desarrollo ulterior saludable; pero si el conflicto persiste y se resuelve de modo insatisfactorio, se perjudica el yo en desarrollo porque se integra en él la cualidad negativa.

Las ocho etapas en que Erikson (op. Cit.) dividió el ciclo vital, se caracterizan por los conflictos que habrán de enfrentarse en cada una; la forma en que se resuelvan e integren determinará la manera en que se enfrentará el conflicto de la siguiente etapa; y son las siguientes: *Confianza contra Desconfianza; Autonomía contra Vergüenza y Duda; Iniciativa contra Culpa; Laboriosidad contra Inferioridad; Identidad contra Difusión del propio papel; Intimidad contra Aislamiento; Fecundidad contra Estancamiento; Integridad del Yo contra Aversión, desesperación.* La quinta etapa *-Identidad contra Difusión del propio papel-* abarca el periodo de la adolescencia.

Erikson (idem) considera que la identidad del yo se logra al momento en que se ha alcanzado la conciencia de identidad individual. En este proceso, el yo integra identificaciones de la niñez dentro de una nueva totalidad, la cual constituye el fundamento de la personalidad adulta. Erikson (1993) vio a la adolescencia como una moratoria, es decir, un período en el que las decisiones definitivas se posponen, mientras se van uniendo los distintos elementos de la identidad. En este período, los jóvenes pueden experimentar diversos papeles, explorar diversos campos, buscar algo que se ajuste a sus necesidades, intereses, capacidades y valores, con el fin de conocer qué es lo que quieren y qué rol ejercerán en el futuro. Estos compromisos son tanto ideológicos como personales, y en la medida en que los jóvenes puedan ser fieles a ellos, determinará su habilidad para resolver la crisis.

Erikson (1993) considera que el peligro principal de esta etapa es una confusión de identidad o confusión de papel. La resolución negativa del conflicto de identidad puede resultar en una confusión del ego, o una incertidumbre sobre quién es uno y en qué se convertirá en un futuro.

♥ **Antropología Cultural y adolescencia - Margaret Mead (1952, citada en Delval, 1997, Muuss, 1999):** esta antropóloga estudió la manera en que las mujeres jóvenes de la isla de Samoa se insertaban en la sociedad adulta. En sus hallazgos pretende probar cómo esta transición de una etapa a otra puede darse de una manera muy poco conflictiva, o incluso con ausencia de tales dificultades. Margaret Mead (op. Cit.) remarca que los conflictos adolescentes son un producto social y no una característica habitual del desarrollo humano. Sostiene que las tensiones durante esta etapa se deben a que los jóvenes se tienen que enfrentar con un medio social que se les presenta lleno de limitaciones y los adultos no les proporcionan los recursos necesarios para que esta adaptación se lleve a cabo sin conflictos.

♥ **La teoría del campo y la adolescencia:** está representada por Kurt Lewin (1939, citado en Muuss, 1999); quien fue discípulo de Wertheimer, el fundador de la teoría de la Gestalt. La importancia de este autor radica en que logra integrar los aspectos psicológicos, biológicos, ambientales y sociológicos frecuentemente considerados como contradictorios. Considera que todos los acontecimientos psicológicos se producen conforme a leyes. Sostiene que la conducta es una función de la persona (P) y de su ambiente (A) y que P y A son variables e interdependientes. Así, un

ambiente psicológico inestable durante la adolescencia, crea inestabilidad en el individuo; por eso para comprender la conducta, es necesario considerarla junto con su ambiente. Define el término espacio vital como la suma de todos los factores ambientales y personales (necesidades, motivaciones, etc.) en interacción. Considera que cada etapa del desarrollo (niñez, adolescencia y adultez) entraña características muy diferentes entre sí; y siempre dentro del desarrollo de diferenciación y estructuración, que es lo que ocurre en un proceso evolutivo. Considera que una característica importante en la adolescencia es que el joven cambia de grupo, entra en un campo social y psicológico no estructurado, es decir, se trata de una región cognoscitivamente no estructurada que provoca inseguridad en su conducta. Por la rapidez y lo drástico de los cambios, el espacio vital llega a ser desconocido, poco confiable e imprevisible. Considera que la adolescencia es un fenómeno universal, y que los cambios pueden también ocurrir de manera gradual, especialmente si los núcleos infantil y adulto no están tan nítidamente separados como en nuestra sociedad.

♥ **Teoría del aprendizaje vicario de Bandura** (1977, citado en Delval, 1997) considera que los adultos y los medios masivos de comunicación son los que han determinado a la adolescencia como un período necesariamente dramático, y probablemente hayan logrado que los adolescentes mismos se estén adaptando a ese patrón mitificante.

♥ **Modelo Focal de la Adolescencia:** Coleman (1993) postula que los adolescentes se enfrentan con diferentes tareas del desarrollo a lo largo del este período, sin considerar un patrón específico, de tal manera que aunque una meta resulte más sobresaliente en una etapa de la adolescencia, no significa que no pueda ser crítica para algunos jóvenes que se encuentran en otra etapa dentro del mismo período adolescente. Este hallazgo de Coleman se considera la característica más importante del Modelo Focal de la Adolescencia; lo convierte en un paradigma flexible del desarrollo, que puede coexistir sin problema con otras teorías. Considera que la resolución de un punto, no es esencial para alcanzar el siguiente paso en el desarrollo. No considera límites fijos entre diferentes estadios del desarrollo, y por lo tanto, un tema no se relaciona de manera especial con un nivel de madurez o edad; y finalmente, la secuencia considerada no es fija, se trata de un proceso dinámico.

Para el modelo focal, los jóvenes logran una aparente estabilidad y ajuste durante este período de cambios, debido a que por lo general enfrentan sólo una problemática a la vez; de manera que las diferentes tareas a que deben hacer frente quedan repartidas a lo largo de un proceso de maduración que dura varios años, para intentar resolver primero un asunto y después el siguiente, pero no dos al mismo tiempo. En diferentes momentos o estadios, los jóvenes se enfocan en distintos problemas que es necesario resolver, de tal manera que el estrés que resulta de la necesidad de adaptarse a nuevos modos de comportamiento, rara vez se concentra en un mismo momento del desarrollo del adolescente (Ibidem).

Desde esta perspectiva, los adolescentes que se encuentran en riesgo de presentar ciertos problemas, son aquellos que deben enfrentarse a más de una tarea o situación al mismo tiempo. Feldman y Elliot (1990, op. Cit.) argumentan que la habilidad de los adolescentes de enfrentarse a los cambios del desarrollo, no únicamente dependen del apoyo externo o de los recursos internos, sino también del tiempo en el cual deben enfrentarse a dichos cambios estresantes; si los cambios que deben enfrentar se presentan de manera simultánea, ello puede significar un estrés más allá de lo que el adolescente puede manejar. De hecho, consideran que algunos problemas asociados con la pobreza, se derivan de la falta de control que tienen tanto los jóvenes como su familia, sobre diversos estresores que los afectan.

De esta manera, el modelo focal puede ser visto como una teoría de los eventos de vida, dado que desde su perspectiva, mientras mayor sea la cantidad de problemas o tareas de maduración a las cuales se enfrenta el adolescente, presentará también mayores indicadores de estrés; sin embargo este modelo no se reduce a esta afirmación, sino que además considera al joven como un sujeto

activo en su propio desarrollo, dado que afronta -siempre que le sea posible- de una en una las tareas del desarrollo. A pesar de las críticas que ha recibido el modelo focal de la adolescencia, también ha recibido gran cantidad de apoyo empírico (Kroger, 1985; Simmons y Blyth, 1987; Hendry et al, 1992; citados en Coleman, 1993).

Los resultados de estos desarrollos teóricos y sus hallazgos, pueden resumirse en dos posturas contrarias con respecto a este período:

Adolescencia vista como una creación de la sociedad: la adolescencia es un período "inventado" por el ser humano, que de manera natural no existiría. Esta perspectiva puede considerarse como una negación del período adolescente considerado como un fenómeno psicológico individual. Aparecen aquí: Margaret Mead y Bandura, entre otros.

Adolescencia vista como un período normal y necesario del desarrollo: durante la cual tiene lugar una reorganización de la personalidad que permitirá que los jóvenes se abran paso poco a poco en el mundo de los adultos. Algunos autores que comparten este enfoque son: Stanley Hall y la psicología del yo y el Modelo focal de la adolescencia.

Desde el *Modelo de Tormenta y Estrés de la adolescencia*, de Hall (1904, citado en Delval, 1997), la cantidad de información que ha surgido con relación a este período del desarrollo, es vasta e interesante. Hoy la adolescencia se concibe más como una época de oportunidades de crecimiento y desarrollo positivo que como un tiempo de estrés y sufrimiento (Compas, Hinden y Gerhardt, 1995). Así mismo, los cambios intrínsecos de la adolescencia han cedido lugar a explicaciones más amplias que toman en cuenta el contexto socioeconómico y cultural en que vive el joven. Los modelos actuales, a diferencia de los primeros que surgieron, proveen visiones más integradoras para dar cuenta del complejo proceso de desarrollo que tiene lugar en este período. En este sentido, la Teoría de Campo de Lewin se considera la más amplia, ya que retorna aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y ambientales. No se encuadra dentro de las posturas anteriores, dado que puede explicar distintas formas de vivir la adolescencia, tanto si se trata de un período con mayor influencia ambiental o con mayores repercusiones psicológicas.

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es un período de transición entre el inicio de la pubertad y la adultez, en el que intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y socio-culturales, que la convierten en un período peculiar del desarrollo del ser humano. No obstante, su estudio no puede dejar de lado el contexto socio-cultural en el que viven los jóvenes a los cuales se hace referencia, pues esta etapa del desarrollo quizá más que ninguna otra, es un fenómeno que se ve influido por una multitud de aspectos, que la hacen muy diferente entre diversas culturas e incluso, una etapa que se vive con grandes diferencias entre los jóvenes que viven dentro de un mismo contexto social.

Empero, hay algunos rasgos que pueden mencionarse, no obstante las manifestaciones de estas características sean diferentes. De hecho, algunos autores consideran que a pesar de que los problemas que deben afrontar los adolescentes varían de cultura en cultura, los principios psicológicos fundamentales tienden a ser los mismos (Sheriff, 1947, citado en Muuss, 1999). Así, es posible retomar características propias de esta etapa del desarrollo.

En lo corporal se experimentan cambios importantes en la constitución física. El inicio de la adolescencia se da con la pubertad, es decir, con los cambios físicos que conducirán al joven hacia la madurez sexual y le permitirán alcanzar capacidad reproductiva. Estos cambios repercuten en todo el individuo, ya que permiten que los adolescentes empiecen a tomar parte en las actividades propias de los adultos, pues por lo general se espera que el chico que luce más grande, también se comporte

Capítulo I. Adolescencia

como tal. Dado que se presentan de manera rápida e inesperada, obligan a los jóvenes a realizar ajustes para poder adaptarse al medio social (Delval, 1997).

El cambio físico más evidente se refiere al tamaño y a la forma del cuerpo, éste último relacionado con el desarrollo de los órganos reproductivos, sin embargo, también hay otros muchos cambios que son menos visibles, lo cual convierte este proceso en algo muy complejo (para una revisión más a fondo se puede consultar a James M. Tanner, citado en Delval, 1997).

Por lo general, la mayor aceleración del crecimiento se alcanza a los 12 años en las niñas y a los 14 en los niños, sin embargo, el control de estos cambios se ve influido por factores tanto hereditarios como medioambientales, de alimentación y hábitos higiénicos, entre otros, por lo que tanto su inicio como su rapidez puede ser muy diferente entre chicos de la misma edad (op. Cit.).

En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico formales. Piaget (1972, citado en Delval, 1997), describió el pensamiento adolescente que surge como consecuencia de la maduración biológica de las estructuras cerebrales. El adolescente aborda los problemas de una manera distinta y mucho más eficaz que en la niñez. El pensamiento concreto del infante se transforma en un pensamiento hipotético-deductivo, en el cual, ante un problema nuevo, el joven formula una hipótesis para explicarlo basándose en los datos que se obtienen en ese momento o que se han obtenido, de manera que su proceder no es al azar sino que va dirigido por un supuesto y su fin es probar si es verdadero o falso.

En la adolescencia, las operaciones formales le permiten adquirir una mayor conciencia de sí mismo, de lo que hace, piensa y siente y de cómo lo ven los demás. Esto a su vez, le permite integrar la serie de transformaciones que se le presentan, en una imagen más diferenciada y completa de él mismo.

Su tipo de razonamiento es verbal, es decir, hablan sobre las cosas además de actuar sobre ellas. Todo esto implica un tipo de pensamiento formal o lógica de proposiciones, es capaz de razonar no sólo sobre lo real, sino sobre lo posible, y de encontrar situaciones nuevas en las cuáles poner a prueba el valor de la conjetura. Para poder llevarlo a cabo los jóvenes utilizan la combinatoria, un procedimiento que permite producir mentalmente todos los casos posibles de una situación dada (Delval, 1997).

Son capaces de establecer diferencias que le permitan determinar el efecto causal que tiene cada uno de ellos sobre el resultado. Entiende y construye sistemas teóricos complejos en los que los datos aparecen subordinados a la coherencia del sistema; esta es la forma de pensamiento característica de la ciencia (op. Cit.).

Psicológicamente hay cambios importantes en la manera de abordar los problemas y de entender la vida, características ligadas a sus capacidades intelectuales, ahora muy superiores. Esta nueva habilidad para pensar en abstracto le abre al adolescente muchas posibilidades. Los adolescentes ponen en duda creencias anteriores, se cuestionan creencias religiosas, los conceptos que tenían de las cosas, sus valores e ideología. Se transforma la concepción que tienen de sí mismos y del mundo que les rodea. Empiezan a tomar en cuenta otros puntos de vista y comienzan la formación de su propio criterio (op. Cit.).

Los adolescentes analizan, escriben y crean teorías teológicas, políticas y filosóficas en las que se plantean una reorganización social utópica, donde la sociedad es como ellos consideran que debe ser. Son idealistas, aparecen ídolos e ideas nuevas en su camino, y crean su propio sistema de valores y teorías a los cuales se aferran para descargar la ansiedad de los conflictos al tiempo que forman un nuevo sentimiento de identidad y sistema de creencias (idem).

Están orientados en el presente; es decir, es común que tiendan a pensar en lo que ocurre en el aquí y el ahora más que en las consecuencias de sus actos a futuro ya sea cercano o lejano. Esta característica explica porqué muchas veces el comportamiento del adolescente es impulsivo, y lleva a cabo acciones para las cuales no se encuentra preparado ni física ni emocionalmente (Capuzzi y Golden, 1988).

Los afectos y emociones también se modifican. El cuestionamiento hacia su propia persona y del mundo en general origina inestabilidad; característica que se manifiesta también, en la parte afectiva. Los adolescentes suelen ser volubles en sus sentimientos y emociones, los cuales cambian constantemente. En un momento pueden estar muy seguros de lo que quieren, y en otro tomar una decisión totalmente contraria (op. Cit.).

Se presenta un egocentrismo del pensamiento. Los jóvenes en esta etapa son especialmente susceptibles y se sienten como centro de las miradas de los demás (Delval, 1997). Esto explica porqué, las desviaciones con respecto a la media en lo que a desarrollo físico e intelectual se refiere, sea motivo de gran preocupación para ellos. Este egocentrismo va disminuyendo conforme el chico va madurando, para concluir en un pensamiento más objetivo, que se logra cuando los jóvenes son capaces de plantear sus teorías e ideas e intercambiar perspectivas.

El adolescente cuestiona los modelos adultos y el papel que juega en la sociedad, al tiempo que se pregunta sobre el rumbo que tomará su vida. La inserción en el mundo adulto que busca el adolescente le crea también nuevos conflictos; por un lado supone que el joven debe intentar ser como ellos y, al mismo tiempo, oponerse a éstos, tratando de ocupar su puesto o al menos encontrar un lugar para sí. Recíprocamente el adolescente encuentra oposición por parte de los adultos, que le consideran todavía inmaduro y falta de experiencia. Todo ello origina que la conducta del adolescente y también la del adulto, sea ambivalente con respecto a la inserción del joven en la sociedad: por un lado se le anima a madurar y por otro se le dificulta la entrada. Los jóvenes por su parte frecuentemente tratan de comportarse como adultos en cuestiones en las que no lo son, o pueden parecer muy inmaduros en otras tareas que a la vista de los adultos ya debían haber superado (Delval, 1997).

En esta etapa se produce una fuerte integración social en el grupo de iguales y comienza el proceso de emancipación familiar, comienzan los cuestionamientos hacia los modelos parentales. Los adolescentes están en una constante lucha por ganar autonomía y valerse por sí mismos. En esta lucha, la forma de relacionarse con sus padres se modifica, por un lado, el adolescente busca mayor independencia, y por otro lado, los padres ceden un poco del control que tenían sobre sus hijos. Desde la perspectiva psicoanalítica, el proceso de individuación es una tarea intrapsíquica que guía -de manera consciente o inconsciente- al adolescente hacia la separación de los padres de la infancia para establecer una identidad separada de ellos (op. Cit.).

Durante la transición que se lleva a cabo en la adolescencia, la visión que tienen los jóvenes de sus padres se vuelve más realista, el joven nota los errores de éstos y se convierte en su principal crítico. Esta postura, permite que haya un distanciamiento de sus padres, para disminuir la dependencia que se tiene hacia ellos, lo cual a su vez lo impulsa a seguir conquistando su autonomía. Este distanciamiento, disminuirá cuando llegue el momento en que puedan establecerse relaciones en un plano de mayor igualdad (idem). El adolescente busca ahora nuevos modelos con los cuales identificarse. Ese lugar que antes llenaba el papá y/o la mamá puede ser ocupado por un maestro, un ídolo deportivo, el grupo de pares, etc. que le servirán como apoyo y guía.

Desde el punto de vista social, el adolescente se relaciona de manera distinta con su grupo de coetáneos, el cual adquiere gran importancia. En los años anteriores a la adolescencia, el niño debía someterse a las reglas del mundo adulto y era determinado por su entorno social, pero sin ser

Capítulo I. Adolescencia

consciente de ello. Al llegar a la adolescencia y durante los años que ésta dura, el joven se relaciona de manera distinta tanto con los chicos de su edad como con los adultos, y desarrolla ciertos tipos de conducta social que denotan una mayor complejidad y madurez (Capuzzi y Golden, 1988).

La importancia del papel que juegan los coetáneos en esta etapa, atiende a todo un proceso de logro de autonomía, en el cual el joven necesita diferenciarse de los padres y de los adultos, para buscar su propia identidad. No obstante, dicha emancipación deja un vacío en el sí mismo en formación, el cual es llenado a través de esta intensa identificación con el grupo de iguales. Así, para los adolescentes es de suma importancia la aceptación de los jóvenes con los cuales se identifica (op. Cit.).

El grupo de pares se vuelve muy importante en esta etapa, pues actúa como agente de socialización permitiéndole practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de un sentimiento de identidad adulta, además de que satisface necesidades de afecto, simpatía y entendimiento (idem). Los compañeros de la escuela, la pandilla o el grupo de amigos, ayudan al adolescente a encontrar el bienestar dentro de un sentimiento de identidad nuevo, sentirse ellos mismos. El joven busca identificarse con ellos a través de la adopción de una imagen muy similar a la de este grupo, en especial durante los años en los que la imagen corporal se modifica radicalmente (Muuss, 1999); esto explica porqué los chicos de la misma edad y que pertenecen al mismo grupo, suelen lucir y actuar de manera muy similar.

Kohlberg (1969, citado en Wentzel, 1999) propuso que las relaciones con los pares durante la adolescencia, son oportunidades únicas que tienen los jóvenes para aprender y practicar habilidades sociales, incluyendo el respeto mutuo, la reciprocidad y el desarrollo de comportamiento prosocial (que incluye conductas tales como compartir, ayudar a los otros y cooperar). Las relaciones con los pares proveen un contexto en el cual los conflictos pueden ser resueltos en una situación igualitaria y recíproca (Piaget, 1965, Sullivan, 1953; op. Cit.).

Se considera importante profundizar en el estudio de este período del desarrollo, y en la investigación y evaluación de los factores de riesgo y los de protección, que rodean a un joven durante sus años de transición hacia la adultez, ya que de esta manera, se podrían prevenir distintos trastornos en la etapa adulta. El Capítulo III de esta tesis está dedicado a profundizar en estos aspectos.

1.4 INICIO Y FIN DE LA ADOLESCENCIA

Mientras la duración de la pubertad la determinan factores biológicos, la de la adolescencia la determinan factores psicológicos.

De manera frecuente se considera a los cambios fisiológicos y físicos que caracterizan a la etapa de la pubertad, como el comienzo del período adolescente; sin embargo, no necesariamente existe correspondencia entre el comienzo de la madurez sexual y el de la madurez psicológica. Lo cierto es que a pesar de que dicha etapa se presenta de formas muy distintas en diferentes culturas e individuos, los cambios físicos experimentados por los jóvenes son los mismos (Delval, 1997).

No existe un fenómeno observable que pueda tomarse como criterio para determinar el momento en que un joven ha dejado de ser adolescente para convertirse en adulto; no obstante, por lo general en todas las sociedades se han establecido -de manera formal o informal-, criterios de corte determinados por las instituciones y el grupo social, que cumplen dicha función. Uno de ellos son los rituales de iniciación; de hecho, en muchas sociedades tradicionales una de las transiciones más importantes que van acompañadas de un ritual es el paso de la adolescencia a la incorporación a la sociedad adulta. El antropólogo Van Gennep (1908, citado en Delval, 1997), señala que estos ritos de paso pueden considerarse como la pubertad social de los jóvenes, es decir, el cambio en el rol

que juegan dentro de la sociedad, y que se hace evidente ante los demás para marcar la transición hacia el nuevo estatus.

En las sociedades occidentales, algunos de los ritos de iniciación que marcan el término de la adolescencia se relacionan con el logro de la independencia económica, el trabajo exitoso, el casamiento, las graduaciones o los exámenes finales al término de los estudios. Anteriormente se establecía también una ceremonia para los jóvenes, en la cual pasaban de utilizar pantalones cortos, a usar los largos (op. Cit. , Hoffman, 1996).

En la mayoría de las culturas se han establecido normas legales para regular el tránsito de la adolescencia a la madurez adulta. Por lo general existe un criterio legal establecido por el logro de la mayoría de edad (18 años en nuestro país), que responsabiliza a los jóvenes de sus actos y las consecuencias de los mismos, juzgándolos como adultos. Sin embargo, es un hecho que por un lado, tales logros no indican necesariamente independencia y madurez psicológicas, y en segundo lugar, no hay acuerdo acerca de su importancia relativa (Muuss, 1999). Lo cierto es que aquellos sucesos o ritos que permiten un corte con la situación anterior, también facilitan la entrada al mundo adulto (Delval, 1997).

Tomando en cuenta que la adolescencia es el período durante el cual tiene lugar la maduración sexual, social, ideológica y vocacional, y se pugna por independizarse de los padres; desde el punto de vista psicológico, el criterio para fijar el fin de la adolescencia está determinado por el grado en que esa maduración se haya alcanzado, más que por una edad cronológica determinada (Kuhlen, 1952, citado en Morris, 1999).

El psicólogo James Marcia (1980, Pág. 59, citado en Papalia, 2000) se interesó en investigar niveles de identidad e los adolescentes, y correlacionarlos con otros aspectos de la personalidad. Encontró que los adolescentes que han llevado a cabo, al menos momentáneamente, **el logro de identidad**, adoptan una actitud de compromiso, persiguen metas ideológicas (religiosas o políticas) y profesionales. Tienen una fortaleza flexible: no son impulsivos, pero tampoco demasiado introspectivos como para paralizarse, son capaces de actuar bajo estrés, de relacionarse con los demás con un nivel adecuado de intimidad emocional, y capaces de sostener sus criterios mientras se abren a nuevas ideas.

Los adolescentes que adoptan una actitud de **exclusión**, toman decisiones finales con respecto a sus metas profesionales e ideológicas, sin centrarse en el debate frente a diferentes formas de pensar. Estos adolescentes no atraviesan por una crisis porque hacen compromisos de acuerdo a los planes que alguien más ha escogido para su vida. Su fortaleza es rígida: suelen sentirse felices y seguros de sí mismos y de su vida, por lo general poseen lazos familiares muy fuertes, creen y confían en las reglas y leyes preestablecidas, les gusta seguir a un líder y pueden llegar a ser dogmáticos cuando sus opiniones son puestas en tela de juicio.

Los adolescentes que se encuentran en la forma de **confusión de la identidad**, quizá hayan considerado varias opciones pero han evitado el tener que tomar una decisión con respecto a una ideología o forma de pensamiento político-social; de hecho, es posible que no presten mucha atención a este tipo de temas y que se muestren despreocupados al respecto. Estos jóvenes no sienten presión por tener que elegir, algunos de ellos no atraviesan una **crisis de identidad**, sin embargo, suelen estar confundidos o perturbados, no saber qué dirección tomar o quizá no sepan relacionarse con los demás. Es posible que parezcan demasiado despreocupados, o quizá muestren un bajo nivel de razonamiento moral y tengan problemas con las drogas, o quizá vayan a la deriva, sin metas, tiendan a ser superficiales y solitarios porque tampoco han hecho compromisos con otras personas. Erikson (1980) considera que algunos adolescentes pueden adoptar actitudes que hacen pensar en un regreso a la niñez, para evitar resolver conflictos o quizá comprometerse en rumbos de acción poco convenientes.

Capítulo I. Adolescencia

Por último, los jóvenes que atraviesan por una **moratoria**, viven una **crisis de identidad** en la cual están luchando por llegar a tomar una decisión final con respecto a temas profesionales o ideológicos; ponen en tela de juicio sus opiniones, confrontándolas con el conocimiento que van adquiriendo y las opiniones de los demás. Este tipo de actitudes se presenta con mayor frecuencia en jóvenes que prosiguen sus estudios más allá del bachillerato. De hecho, se ha descrito en estudios longitudinales, que algunos jóvenes que llevaron a cabo estudios universitarios, atravesaban nuevamente por una crisis de identidad (G. Adams y Fitch, 1982; Waterman y Goldman, 1976; citados en Hoffman et al, 1996), por lo que, en apariencia, la experiencia universitaria puede volver a cuestionar la identidad, que parecía estar resuelta.

La adquisición de una nueva identidad va a la par del desarrollo del adolescente; en general el proceso de individuación se muestra más claramente durante las etapas tempranas de la adolescencia, mientras que el proceso de formación y consolidación de la identidad se manifiesta típicamente al final de la adolescencia, durante los últimos estadios.

El final de la adolescencia está marcado por la adquisición de un grado considerable de madurez. En este sentido, se considera que la madurez inicia cuando la nueva identidad ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente, que no necesita utilizar a otros como muletas emocionales y que no repudia su pasado; como lo menciona Stone (1957, citado en Muuss, 1999) "Cuando ya no tiene que poner en tela de juicio su propia identidad".

De las sociedades de hace un siglo a las actuales existen diferencias de magnitudes históricas, cuyas consecuencias se reflejan también en el proceso de desarrollo de los jóvenes de la actualidad. Por un lado los cambios referentes a la pubertad se han adelantado, y por otro lado, el período en el cual los individuos han adquirido madurez suficiente para considerarse adultos, parece estarse retrasando, de tal manera que los años de la adolescencia parecen estarse alargando (Papalia, 2000). El etólogo Desmond Morris (2000, pp. 151) resume lo anterior en una frase "...ahora se necesita casi una década para que los jóvenes adultos biológicos maduren hasta adquirir la condición de jóvenes adultos sociales, y el espacio que media entre ambos umbrales genera un sin fin de contrariedades".

Dado que existen diferencias debidas a procesos de maduración entre adolescentes que inician este período y aquellos que se encuentran más cerca de la adultez, así como diferencias socioculturales, en general se considera que la adolescencia puede dividirse en varias fases que están determinadas por el tipo de sociedad.

Peter Bloss (1985), psicoanalista y teórico de este período, empleó el término de adolescencia para calificar los procesos psicológicos de adaptación a la pubertad. Este teórico realizó una división de la adolescencia en 5 períodos de edades aproximadas. Dicha división se menciona a continuación con el fin de observar de manera esquemática las fases de la adolescencia, edad de inicio y de término, a la luz de un teórico del psicoanálisis:

- 1) Preadolescencia (10 a 13 años).
- 2) Adolescencia Temprana (13 a 15 años).
- 3) Adolescencia Propiamente dicha (15 a 18 años).
- 4) Adolescencia Tardía (18 a 21 años).
- 5) Post adolescencia. (20/21 a los 25 años)

Otra clasificación por edades del período de la adolescencia que también se utiliza de manera frecuente es la siguiente (Lawrence, Julián y Shapiro, 1993):

- 1) Adolescencia Temprana: 10 a 13 años
- 2) Adolescencia Media: 14-17 años.

3) Adolescencia Tardía: 17-21 años.

Hurlock (1994), considera que la adolescencia puede ser dividida en dos períodos: inicial y final, con una línea divisoria marcada por los 17 años. Esta división se basa principalmente en los patrones de conducta manifestados, y que coincide además con el paso de la preparatoria o estudios de bachillerato a la Universidad o estudios profesionales, lo cual a su vez -al menos en principio-, tendrá repercusiones en la forma en que los adolescentes son tratados por sus padres.

Otros autores han realizado divisiones del período adolescente, en términos de las tareas o logros que se espera que los jóvenes lleven a cabo, dentro de un lapso de edades cronológicas específicas para cada uno.

Por ejemplo, Havinhurst (1971, citado en González-Forteza, 1996), consideró que la característica esencial del período adolescente era la negociación de demandas internas y externas, tanto en el plano biológico como psicológico y social; y estableció algunos logros que debían ser llevados a cabo por los jóvenes en este período:

- Establecimiento de relaciones interpersonales con ambos sexos 11-15.5 años.
- Definición del rol social, de acuerdo al sexo 11- 16.5 años.
- Aceptación psíquica de la imagen corporal 11 - 17.5 años.
- Adquisición de normas éticas como guía de conducta 13 – 22 ó más.
- Desarrollo de estrategias y respuestas conceptuales y prácticas para la solución de problemas. 12-17 años.

Este trabajo constituye un estudio del período adolescente, de los 13 a los 18 años. Por un lado se tomó en cuenta la edad cronológica en la cual los cambios de la pubertad ya iniciaron tanto para hombres como para mujeres; por otro lado se fijó el término de la misma, en la edad a la cual nuestra sociedad considera que un individuo ha alcanzado la mayoría de edad y es por tanto, legalmente un adulto. No obstante, estamos conscientes de que la adolescencia no se limita de ninguna manera a este rango temporal.

1.5 ADOLESCENCIA ACTUAL EN MÉXICO: FACTORES QUE REPERCUTEN

Tomando en cuenta que la cultura, los valores, y formas de organización social son un factor importante que influye en la percepción que los adolescentes van formando de sí mismos, se considera importante mencionar al menos una investigación realizada en fechas relativamente recientes, con adolescentes mexicanos.

Dentro de esta línea, Ochoa (1999) llevó a cabo un estudio con adolescentes mexicanos, para conocer cómo se perciben estos jóvenes a sí mismos, y si dicha percepción coincidía o no con la percepción que se tiene del adolescente, desde las diversas teorías del desarrollo. Con este fin, utilizó la técnica de Redes Semánticas, en su versión modificada (Reyes Lagunes, 1993, op. Cit.) como instrumento para obtener el significado psicológico de cinco palabras estímulo, dentro de las cuáles ADOLESCENTE y ADULTO se consideraron definidoras normativas, mientras que YO COMO PERSONA, YO COMO HIJO y YO COMO AMIGO, se consideraron definidoras de autoconcepto.

De los resultados de su estudio, Ochoa (op. Cit.) concluye que al definirse como personas, los adolescentes mexicanos señalan aspectos que en su mayoría son de tipo afectivo con connotación positiva (tales como alegres, amigables, inteligentes, amables y buena onda); así como aspectos de tipo conductual (como flojo, relajado o tranquilo), sin embargo, omiten casi por completo aspectos de tipo físico relacionados con la “revolución fisiológica” (Erikson, 1993; pp. 235) (tales como alto, bajo, gordo, flaco); aspectos que, no obstante, sí se presentaban cuando se les pedía que definieran a la adolescencia. Encontró también que los adolescentes veían a su grupo de amigos como un

Capítulo I. Adolescencia

factor de gran importancia dentro de su proceso de individuación y, por otro lado, percibían al adulto de manera positiva y cercana, manifestando una actitud positiva hacia sus padres. Este estudio se considera particularmente importante, ya que pone de relieve la negativa a tratar sobre su propio cuerpo, que en apariencia manifestaron los adolescentes mexicanos; pone también de relieve la forma en que se presentan ellos mismos frente a los demás. Esto puede interpretarse como el conflicto que representa para los jóvenes su cambiante estructura anatómica así como los cambios fisiológicos que tienen lugar en este período del desarrollo; en donde a pesar de conocer la importancia de dichos cambios como parte significativa de la adolescencia, en general no lo consideran con respecto a sí mismos, o se niegan a hablar de ello.

Como parte del estudio de la adolescencia se retomará el contexto histórico y cultural en que están inmersos los adolescentes de hoy, así como los cambios surgidos en las condiciones de vida, fruto de estas modificaciones socio-culturales y económicas, las cuales -suponemos- se reflejan en formas de pensamiento y actitudes de los jóvenes.

1.5.1 Cambio histórico.

En la actualidad, la sociedad es dinámica, quizá mucho más que en épocas anteriores. Las últimas décadas han traído consigo grandes cambios políticos, sociales y económicos, que alteran la vida de los adolescentes de diversas generaciones. La juventud de hoy, en la mayoría de los países, tiene la oportunidad de crecer dentro de una sociedad democrática que antes era inimaginable; sin embargo, también se enfrenta a situaciones amenazantes tales como violencia, pobreza, estrés cotidiano, oportunidades limitadas para el futuro, condiciones que se presentan en la actualidad en mucha mayor medida de lo que solían hacerlo.

La revolución tecnológica ha permitido una apertura al intercambio cultural entre culturas muy distintas, que, con el paso del tiempo, da origen a sincretismos y a una transformación radical de costumbres, valores, y formas de vida. Un ejemplo de ello lo constituye la influencia de los medios masivos de comunicación, en especial de los televisivos e Internet, los cuales además de propiciar un cambio en la forma de pensar de los jóvenes, ofrecen modelos poco favorables a esta población porque exaltan la violencia, el consumo de alcohol y cigarrillo, el éxito asociado a diversas y flexibles conductas sexuales, etc. (Casullo, 1998).

Hoy la búsqueda de una identidad consolidada es más difícil que antaño, cuando la sociedad era más tradicional y también menos libre; por otro lado, con el avance tecnológico la difusión de la información se ha acrecentado, y con tanta información y tantas posibilidades de cambio, se antoja más complejo el proceso de formación de un nuevo sentimiento de identidad (Velasco y Soto, 2000). No obstante, este tipo de influencias no ha sido contemplada de una forma adecuada. Takanishi (1993) considera que la adolescencia no ha recibido la atención necesaria, en especial en lo concerniente al estudio de la incorporación de las nuevas actitudes sociales, políticas y educativas en este período de transición, que inciden en los factores que promueven o no una adecuada transición durante esta etapa de desarrollo.

Se han señalado todas estas diferencias como los responsables de las dificultades con las que se enfrentan los adolescentes de hoy; en especial en las sociedades técnicamente más avanzadas, en las cuales la prolongación de la adolescencia es sin duda un producto social más que un fenómeno fisiológico. Para Moreno (1990, citado en Hoffman et al, 1996), el aspecto más llamativo lo constituye la prolongación de la dependencia que tienen los hijos de los padres, lo cual retrasa su incorporación a la sociedad adulta, y la hacen más difícil. Otros autores dan mayor importancia al carácter dinámico de la sociedad como origen de los cambios que se ven reflejados en la forma de vivir la adolescencia. Lo cierto es que cada uno modifica en algo la forma de pensar de las nuevas generaciones.

1.5.2 Factores Económicos: recursos para crecer

El cambio económico ha tenido también gran impacto en los jóvenes. En México, a pesar de que ciertos índices de pobreza han disminuido como es el caso de la pobreza de vivienda y servicios (que pasó de 22.2% en 1995 a 21.4% en el año 2000), o la pobreza de salud y seguridad social (que disminuyó de 43.9 a 34.6% en los últimos cinco años); la pobreza por ingresos (considerada como el índice de la población cuyo ingreso *per cápita* es menor que la línea de pobreza) crece a un ritmo acelerado², pues de acuerdo con lo señalado por el investigador emérito de la UNAM, Raúl Benítez Centeno, en 1996 vivían en condiciones de pobreza más de 73 millones de mexicanos (más del 70% de la población), con un ingreso familiar por persona inferior a un salario mínimo; y aunque las cifras para el 2001 no se conocen aún, no hay duda que este índice ha ido en aumento³, lo cual hace suponer las condiciones de vida en que se encuentra hoy en día, la mayoría de los mexicanos.

Así mismo, México es considerado uno de los países con mayores desigualdades en lo que a riqueza y oportunidades se refiere, características que continúan en aumento a comienzos del nuevo milenio. Julio Boltvinik menciona que la desigualdad en el año 2000 alcanzó el nivel más alto que se haya registrado⁴, lo que resulta en 19.3 veces en 1984 y en 25.8 veces en el año 2000. Cifras dadas a conocer por el INEGI (2000), consideran que el 10% de la población concentra el 38.7% de la riqueza, mientras que 60% con menores ingresos, posee tan solo el 25.13%; y que casi cuatro de cada 10 pesos del ingreso total se quedan en 9.8 millones de personas y 2.5 de cada 10 pesos se reparten entre 58.8 millones⁵. Por su parte, el CONAPO afirmó que sólo el 10% de los hogares de familias acomodadas concentra 53% de los ingresos del país⁶. Todos estos datos manifiestan la desigualdad de condiciones y oportunidades para los jóvenes, esto puede dar origen a sentimientos de injusticia y resentimiento entre las nuevas generaciones, quienes se enfrentan a condiciones de vida poco favorables, en especial para algunos de ellos.

En el México de hoy se habla de la necesidad de una Economía Moral, basada no en una ley de oferta y demanda, sino en un equilibrio de los precios que tenga como punto de partida la necesidad de cubrir las exigencias básicas de subsistencia del total de la población (op. Cit.). Sin embargo, nuestra economía se ha visto en extremo influida por aquella de los vecinos del Norte, al grado de considerarla como un apéndice inerte del manejo de recursos económicos de dicho país; México sigue acumulando déficits externos cuyas consecuencias no son otras que las crisis económicas tan comunes hoy en día⁷.

Estos datos de pobreza y falta de recursos afectan al adolescente, ya que éste aún depende económicamente de sus padres. Si el hogar en el cual residen y que les brinda las posibilidades económicas para vivir, estudiar y para ir adquiriendo independencia, tiene recursos económicos limitados, entonces el adolescente tendrá que buscar otras fuentes de ingresos, lo que en muchos casos lo lleva a comenzar a trabajar a edades tempranas y quizá por ello tenga que dejar de estudiar. Si se toma en cuenta que una de las tareas de la adolescencia, es el logro de la independencia

² Boltvinik, J. (2001). Economía Moral. Bienestar social en México al fin del milenio. La Jornada. Viernes 6 de julio de 2001.

³ Chavarría, R. (2001). Aumenta la gente de la tercera edad y disminuyen los jóvenes. En: Gaceta UNAM. Ciudad Universitaria. 12 de julio 2001.

⁴ Un índice de desigualdad se puede apreciar expresando el número de veces que el ingreso del 10% más rico de la población (decil X) supera al 10% más pobre (decil I).

⁵ Boltvinik, J. (2001). Economía Moral. En: La Jornada. Viernes 22 de Junio de 2001.

⁶ Chavarría, R. (2001). Aumenta la gente de la tercera edad y disminuyen los jóvenes. En: Gaceta UNAM. Ciudad Universitaria. 12 de julio 2001.

⁷ Márquez, D. (2001). Reporte económico. Oferta y demanda final al 1º trimestre 2001. La Jornada. Lunes 25 de junio de 2001.

económica, bajo estas circunstancias de vida, será más difícil de lograr y por tanto esto puede explicar al menos en parte, que el período de la adolescencia se esté alargando.

El avance científico-tecnológico abre las puertas al desarrollo de otros campos de conocimiento y aplicación, por lo que los adolescentes no únicamente deben prepararse para un mundo en constante cambio, si no que además, es muy probable que aún aquellos que terminaron estudios universitarios, no cuenten con las herramientas necesarias para enfrentar las nuevas exigencias; o que descubran que no tiene oportunidades reales de trabajo dado que la profesión que ellos han elegido se encuentra saturada y con poca demanda laboral. Los jóvenes que cursan estudios profesionales dentro de ámbitos saturados, tendrán serias dificultades al momento de enfrentarse a un campo laboral limitado dentro de su área, lo cual sin duda repercutirá en su economía y calidad de vida.

1.5.3 Aspectos familiares: Un núcleo dividido.

En la actualidad las familias han tenido cambios muy importantes (Furstenberg, 1990; Hill, 1993, citados en Coleman, 1993; Giddens, 2000). Sólo una minoría de gente vive ahora en lo que se podría llamar la familia tradicional: ambos padres viven juntos, con los hijos producto del matrimonio y en la que generalmente el padre es el sostén económico mientras que la esposa se encarga de administrarlo y cuidar a los hijos.

Esta estructura familiar ha cambiado de manera radical; como lo menciona Giddens (2000, pp. 67), “hay quizá más nostalgia del refugio perdido de la familia que de ninguna otra institución que hunda sus raíces en el pasado”: En la actualidad el matrimonio parece subrayar las relaciones hombre – mujer, más que la unidad familiar, la paternidad y los lazos con los hijos y otros parientes. La pareja se encuentra ahora en el núcleo de la vida familiar, al menguar el papel económico de la familia y convertirse en el amor –más la atracción sexual- en la base de los lazos matrimoniales; de ahí que la comunicación emocional o intimidad se encuentre como la materia prima en la cual se fundamentan las familias de hoy y que sea entonces tan comprensible el hecho de que las separaciones o divorcios estén a la orden del día, y que como lo menciona Giddens en su Libro Un mundo desbocado (2000, 72), “emparejarse y desemparejarse son ahora una mejor descripción de la situación de la vida personal que el matrimonio y la familia” (se trata de preservar la pareja, no la familia). Incluso en países que se han promulgado como protectores de la familia, se observan cambios drásticos, pues recientemente se aprobaron leyes muy liberales con respecto al matrimonio, en las cuales se le considera como un contrato que puede disolverse cuando el marido y la mujer lo deseen (Giddens, 2000).

En México los divorcios son muy frecuentes; en el DF el porcentaje de habitantes entre 30 y 59 años, divorciados o separados es el 40.7% del total de la población (INEGI, 2000). La visión de los jóvenes es la de un matrimonio en el cual el divorcio es una opción que se acepta de manera normal como parte de la vida, ya sea de la suya propia o de los padres de algún compañero. Esto es también parte del proceso por el que pasan los adolescentes, cuya visión será sin duda, diferente a la de sus padres. Las figuras paterna y materna son muy importantes para los hijos, pero si el vínculo entre ellos se rompe, altera la dinámica familiar y la vida de los hijos en particular. Si la familia es reconstituida, es decir, el papá o la mamá contrajo nuevamente matrimonio, el hijo debe ajustarse a esta nueva relación, lo cual nunca es una tarea sencilla en especial para los adolescentes (Coleman, 1993).

Otro aspecto que también resulta importante es el hecho de que el número de madres que trabajan ha aumentado considerablemente, como consecuencia de la necesidad económica y los cambios estructurales y filosóficos que están produciéndose en las familias (Lieberman, 1981). Esto modifica la visión del adolescente, y a pesar de que a la edad de 12 ó 13 años un chico es capaz de cuidar de sí

mismo hasta cierto punto, el cambio generado por la nueva condición laboral de la madre puede ser vivido como una pérdida y generar sentimientos de abandono en el adolescente.

Por otro lado, en algunas localidades la falta de trabajo ha hecho que no pocas familias se alejen de parientes y de sus acostumbradas relaciones, a causa de la emigración a la que se ven forzados. Estas familias deben adaptarse a nuevas costumbres y a nuevos grupos sociales. Todas estas son situaciones importantes que, no obstante, han sido muy poco abordadas en la literatura especializada (Feldman y Elliot, 1990, citados en Coleman, 1993).

1.5.4 Aspectos mundiales: Una orbe que gira.

El mundo cambia constantemente, la geografía mundial se modifica, al igual que las relaciones entre los países; surgen nuevos desacuerdos mundiales o nuevos decretos que tienen implicaciones en la vida diaria de todas las personas. La cultura y la raza son otros dos aspectos que también se han modificado y que influyen de manera especial en los adolescentes. Ahora los jóvenes tienen la posibilidad de conocer otras culturas, lo cual va modificando también su forma de pensar y de ver el mundo (op. cit.).

Los límites entre los países están desapareciendo. Los conflictos en la antigua Yugoslavia no cesan y las dificultades raciales traen consigo nuevos desastres. Al mismo tiempo, la migración mundial aumenta, incluyendo a México y sus países vecinos. Este intercambio cultural ha dado origen a sincretismos culturales, pero también a discriminaciones raciales y conflictos étnicos. Hoy se habla de una aldea global o globalización, en la que estas diferencias étnicas y culturales se borrarían, sin embargo, al parecer lo que se globaliza es la pobreza y la desigualdad. Este es el mundo que los adolescentes están conociendo, y del cual aspiran a formar parte.

Particularmente en México, a raíz del Tratado de Libre Comercio, la cultura norteamericana ha permeado de forma evidente, las costumbres y formas de vida de los mexicanos, afectando nuestros valores y actitudes. Con la expansión de las computadoras, del Internet y de los avances tecnológicos que no cesan, se abre la posibilidad de conocer más de cerca otras personas, formas de pensar y actuar, en especial, de culturas occidentales anglosajonas.

Todos estos cambios incrementan la brecha generacional que existe entre los adolescentes y sus padres o con otros adultos, y puede dificultar la relación entre ellos. De cualquier manera, la forma en que los adultos actuales vivieron los años de adolescencia no es la misma que la que están viviendo los adolescentes de hoy.

Es por estas razones que el estudio de la adolescencia no puede generalizarse para todas las épocas y todas las culturas del mundo. Si bien la adolescencia es un fenómeno mundial, la cultura y sus constantes cambios, matizan en gran medida la forma en que los jóvenes de diferentes generaciones y regiones la viven.

1.5.5 Adolescencia en el Distrito Federal

El Distrito Federal ocupa el segundo lugar por entidad federativa en lo que se refiere a densidad de población en México. Cuenta con 8,550,170 habitantes, de los cuales 47.6% son hombres y 52.4% son mujeres. La población adolescente, entre 12 y 19 años de edad, representa al 14.7% (1,256,750 jóvenes) del total de los habitantes en esta entidad federativa, con un 49.2% de hombres y un 50.8% de mujeres (INEGI, 2000).

Capítulo I. Adolescencia

Entre algunos datos referentes a educación, el DF se encuentra en primer lugar nacional con respecto a la atención que brinda a la demanda educativa, para nivel secundaria y bachillerato. Sin embargo, el índice de deserción escolar en nivel secundaria es de 7.6% y la eficiencia terminal de 77.9%; para el nivel bachillerato, la tasa de deserción es de 21.9% y la eficiencia terminal de 48.7%; lo cual significa que a pesar de que la demanda de atención se cubre, no todos los alumnos que entran tanto a secundaria como a bachillerato, logran concluir sus estudios. La población entre 15 y 19 años que no saben leer ni escribir son tan sólo el 0.08% (INEGI, 2000).

En lo que respecta al estado civil, el Distrito Federal es el segundo lugar nacional por índice de divorcios, y de acuerdo a las estadísticas censales del año 2000, por cada 100 matrimonios, hay 6.6 divorcios. Entre las principales causas se encuentran: separación por dos años o más, abandono de hogar, negativa a contribuir al sostén del hogar, y en último lugar se encuentran las injurias o amenazas. Con respecto a la población adolescente, la mayor parte de los habitantes entre 12 y 19 años permanecen solteros, mientras que alrededor del 4% están casados o en unión libre; en especial las mujeres entre 15 y 19 años (89% las que permanecen solteras) (INEGI, 2000).

Así mismo también se han encontrado otros sucesos importantes que ocurren con frecuencia en la adolescencia. Se encontró que 14% del total de nacimientos en 1997, corresponden a mujeres entre 15 y 19 años. (INEGI, 1997). Estos índices de embarazo adolescente han ido en aumento, por lo que si en la última década del siglo XX se hablaba de 70 casos, para los primeros años del siglo XXI, se pueden realizar estimaciones de no menos de 100 casos. El embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, y a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Además, muchos de estos embarazos terminan en aborto y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de insalubridad. Estos datos ponen de relieve la falta de información con respecto a la sexualidad, la fecundidad y la planeación de vida que en general ha caracterizado a la juventud.

Todos estos datos, de manera general revelan las condiciones de vida actuales de la población adolescente que radica en el DF, y que, como se ha venido haciendo énfasis, de forma directa o indirecta, tienen repercusiones en la salud física y mental de los adolescentes, así como en la forma en que perciben y entienden el mundo. En el Capítulo II se abordarán los sucesos estresantes a los cuales se encuentran expuestos los adolescentes, retomando las características de la adolescencia presentadas en este capítulo. De esta manera, se pretende tomar en cuenta las condiciones dinámicas que rodean a los jóvenes dentro de un modelo flexible que permita un análisis de este período del desarrollo y la forma en que los sucesos estresantes afectan a los jóvenes de hoy.

CAPÍTULO II.

EL ESTRÉS Y LOS SUCESOS ESTRESANTES.

2.1 EL SER HUMANO Y EL ESTRÉS

La palabra estrés por lo general suscita una serie de ideas, vivencias y sensaciones, que se asocian a un estado poco agradable, a situaciones de tensión, a eventos agobiantes. Estrés ocurre cuando se pierde el empleo, cuando no se tiene dinero para pagar las deudas, cuando operan a un familiar para salvar su vida, etc. La mayoría de nosotros evocamos el término "estrés" como sinónimo de "preocupación".

El estrés se ha vuelto el foco de atención de diferentes perspectivas (incluyendo la psicológica) en los últimos años, hasta volverse un término de uso común. Se trata de un fenómeno sensible y estrechamente ligado a las variaciones del entorno. A lo largo de este capítulo se abordarán estas cuestiones, con el fin de dar un panorama útil y completo para comprender dicho fenómeno más allá de su uso coloquial.

La acepción completa del término no únicamente significa preocupación o un estado desagradable, sino que es un concepto mucho más amplio. En palabras sencillas es posible decir que estrés es sinónimo de cambio. Cualquier cosa que ocasione un cambio en la vida, causa estrés. Bueno o malo, si se trata de un cambio en la vida, en el día, en la salud, en el momento o aún si se trata de una circunstancia imaginaria, significa estrés para el organismo (Reeve, 1996).

Este estado de tensión no es un fenómeno exclusivo del ser humano, pero sí de la materia viviente; de hecho se relaciona estrechamente con la vida y se reconoce como una característica natural e inevitable que ha existido desde el inicio de la vida misma, y que además es necesaria para que dicha condición subsista; en otras palabras, se considera que un cierto grado de estrés es necesario para poder sobrevivir (Austad, 1998); tal como lo expresó Hans Selye (1976, citado en Folkman y Lazarus, 1986), una de las figuras más relevantes en el estudio del estrés, "la ausencia absoluta de estrés, significa la muerte". Para el ser humano es un fenómeno que tiene implicaciones en el ámbito biológico psicológico y social, lo cual constituye una de las razones por las cuales se le ha conferido tanta importancia en el estudio científico.

Al igual que el resto de los seres vivos, el ser humano ha sido víctima del estrés desde el inicio de la especie; no obstante, los agentes que le dan origen han sido diferentes dependiendo de la época y el lugar al cual se haga referencia. En los primeros años de la historia del hombre, el estrés se relacionaba con la posibilidad de escapar de distintos peligros potenciales como animales salvajes, insectos venenosos, o desastres naturales que amenazaban su vida. Sin embargo, nuestro ambiente ha cambiado mucho desde entonces, huelga decir, los peligros que acechan al hombre (Giddens, 2000).

En pleno siglo XXI, los desastres naturales siguen siendo motivo de preocupación, pues a pesar de que *homo sapiens* es una especie capaz de modificar el entorno con el fin de satisfacer sus necesidades primarias y secundarias, los fenómenos naturales continúan estando más allá de su control. A este tipo de estresores naturales se suman una serie de situaciones de carácter psicosocial, que también son fuente de estrés (Casullo, 1998).

Una de las características más importantes de nuestra especie, es la capacidad y tendencia a agruparnos socialmente y establecer un cierto orden político, características que pueden observarse en todas las congregaciones humanas. Dicha organización crea las condiciones de vida en las cuales se desarrollan los miembros de la sociedad, quienes deberán adaptarse a tales circunstancias. Este

Capítulo II. El Estrés y los Sucesos Estresantes.

proceso de adaptación es de por sí estresante, y también se presenta de modo diferente dependiendo de las características del grupo social. De esta manera, las situaciones que dan origen a estrés están ligadas al tipo de sociedad y en general al contexto que rodea a los individuos (Velasco, 2000).

A pesar de que las condiciones y la forma de vivir el estrés se modifican, la magnitud con que experimentamos esta tensión no es proporcional a la dimensión de los cambios, sino que depende del esfuerzo que deba realizar el sujeto para solventar tal obstáculo. En otras palabras, el estrés experimentado por un individuo depende de sus diferencias individuales. Así, no todo evento que implique un cambio va a tener las mismas consecuencias, pues a pesar de que cualquier cambio en nuestra vida puede dar origen a una reacción de estrés, sólo se considera estresante la situación que por su intensidad, novedad o indeseabilidad, exija al sujeto que realice algún esfuerzo en respuesta (Casullo, 1998).

Los efectos que dicho evento traerán para la salud del individuo, están en función de las expectativas, creencias, recursos de afrontamiento y formas de vida tanto del individuo como del grupo social y no únicamente dependen del estímulo o suceso de vida que en principio originó estrés. Esta es la razón por la cual, el cambio puede ser estimulante y no únicamente estresante o perturbador (Folkman y Lazarus, 1986).

A partir de esta perspectiva de una sociedad dinámica y sus repercusiones para el individuo y para la sociedad; es que surge el gran interés por el estudio del estrés. A pesar de que el estrés se ha estudiado desde diferentes perspectivas, la tendencia actual confiere mayor importancia a las características de los individuos más que a las peculiaridades de los eventos considerados como estresantes. Por ello resultan tan importantes los factores individuales y del entorno en el estudio del estrés, como se expondrá a lo largo de este capítulo.

2.2 ESTUDIO CIENTÍFICO DEL ESTRÉS.

El término estrés se utiliza hoy en día de manera coloquial; de hecho, sería difícil encontrar a una persona que no haya oído hablar de él y que no sepa, o al menos crea conocer, su significado. Por otro lado, es un término que continúa teniendo gran relevancia científica, pues a pesar de su uso indiscriminado, desde su aparición –la cual se dio dentro del campo de la ciencia-, continúa siendo de interés científico en muy diversos campos y disciplinas.

La palabra estrés tiene un origen románico, deriva del latín *stringere* que significa “provocar tensión” y proviene del francés antiguo *destresse* (s. XII – XVI), término que se utilizaba para denotar la condición de ser colocado bajo estrechez u opresión. A partir de aquí, se utilizó en inglés, derivando en *distress*; para posteriormente terminar en *stress*, de donde se tradujo al español como estrés (Folkman y Lazarus, 1986).

El término, en su acepción científica, proviene del campo de la física, en el cual se utilizó de manera sistemática a finales del siglo XIX (Folkman y Lazarus, 1991), para denotar fuerzas que se aplican a un objeto y que lo llevan hasta un punto de ruptura o desintegración (Casullo, 1998).

Dentro del campo de la salud se utilizó por primera vez alrededor del siglo XIV y a partir de entonces, se comenzó a popularizar en numerosos textos en inglés, con algunas variantes de este vocablo, que pese a su diferente grafía, se utilizaban para referirse al mismo fenómeno; aparecía como *stress*, *stresse*, *strest* o *straisse* (Folkman y Lazarus, 1986).

A mediados del siglo XIX, el filósofo francés Claude Bernard (op. Cit.) sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, por lo que para mantener un ajuste propio,

era necesario estabilizar su medio interno. Este parece ser uno de los primeros reconocimientos de las consecuencias del rompimiento del equilibrio del organismo.

A principios del siglo XX, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon (1932, op. cit.) acuñó el término homeostasis para denotar un estado *sin ecuanon* de equilibrio interno. Dedicó una buena parte de sus investigaciones al estudio de esa homeostasis en situaciones de emergencia, es decir, a lo que actualmente se conoce como estrés. Desde esta perspectiva, consideró al estrés como una perturbación de homeostasis frente a situaciones de frío, falta de oxígeno, hipoglucemia, etc.

El *empleo actual de este término* se origina en los estudios de Hans Selye (1976, citado en Folkman y Lazarus, 1986), endocrinólogo de la Universidad de Montreal, quien tras unas investigaciones en las cuales pretendía descubrir una nueva hormona, encontró que una gran cantidad de estímulos resultaban nocivos para el tejido vivo, lo cual se manifestaba en una serie de respuestas no específicas a cuyo conjunto propuso llamar Síndrome General de Adaptación (SGA1).

Tras este descubrimiento, Selye publicó la obra *Stress* (op. Cit.), en la cual modificó la concepción que hasta entonces se tenía de dicho concepto, para denotar una condición interna del organismo que se traduce en una respuesta fisiológica a agentes evocadores, a los cuales llamó estresores. Desde el punto de vista de Selye, la respuesta al estrés es una reacción de defensa que sirve para proteger a la persona, la cual no depende del tipo de estresor que le dé origen, pero sí va cambiando conforme dicho evento se repite. De esta manera, la capacidad protectora de dicha reacción fisiológica, se puede transformar en respuestas defensivas severas y prolongadas que pueden dar lugar a "enfermedades de adaptación".

De manera esquemática, pueden mencionarse tres etapas que Selye describió como parte del SGA: identifica tres fases de respuesta:

1. **Etapa de reacción (alarma)**, en la que el organismo entra en un estado de alerta para combatir el estresor; Los eventos que producen esta alarma pueden provenir de una sola fuente o de varias situaciones entremezcladas;
2. **Etapa de resistencia**, que se refiere al momento en que aparecen las respuestas fisiológicas autónomas;
3. **Etapa de agotamiento**; en la cual el organismo sucumbe ante el estrés, produciéndose un daño a su estado de salud-enfermedad.

La extensa obra de Selye imprimió un importante auge al estudio del estrés, incluyendo el campo de la psicología y la sociología; además de resumir y clarificar mucho de lo hasta entonces expuesto en materia de estrés.

Manson (1984, citado en Folkman y Lazarus, 1986.), a diferencia de lo expuesto por Selye (1978, op. cit.), afirma que el sistema endocrino exhibe diferentes patrones de respuesta a diferentes amenazas. Para él, esta gama de posibles respuestas se integra en el sistema nervioso central y son mediadas por el reconocimiento psicológico del peligro. De hecho, este último concepto es la gran aportación de Manson, ya que hasta ahora sólo se había considerado al estrés como el aumento de respuestas autónomas, sin considerar si el acontecimiento que originaba dicho aumento constituía o no, una amenaza para el individuo. Se considera a este autor como el inicio de la interacción entre las aproximaciones biológicas y las psicológicas.

¹ El Síndrome General de Adaptación (GAS por sus siglas en inglés), fue ridiculizado como una resistencia a creer en esta nueva teoría que planteaba que diferentes causas (físicas, físicas, infecciosas, traumáticas o psicológicas) se conjugaban para producir una respuesta similar. Con el tiempo y avalado por diversas investigaciones, la teoría del Síndrome General de Adaptación se mantiene hasta nuestros días (Cruz y Vargas, 1998).

Capítulo II. El Estrés y los Sucesos Estresantes.

Hasta aquí, las aportaciones en torno al concepto de estrés pueden sintetizarse en varias implicaciones que posteriormente serían relevantes en el plano psicológico:

- 1) El estrés es definido como un proceso activo (y no concierne de manera exclusiva al Sistema Nervioso Autónomo) en el cual intervienen diferentes aspectos tanto del individuo como del entorno.
- 2) Es tomado como un proceso biopsicosocial de adaptación (donde se incluye el esfuerzo de afrontamiento, como una analogía con el proceso fisiológico de enfrentamiento del estrés).
- 3) El estrés como un estado dinámico implica tomar en cuenta diversos aspectos como los recursos necesarios para el afrontamiento, su costo y los beneficios que conlleva, por lo que su estudio se lleva a cabo dentro de un contexto en el que interactúan y se retroalimentan el sistema individuo – entorno.

A la par de los avances científicos sobre estrés dentro del campo de la fisiología, los sociólogos Marx, Weber y Durkheim centraban su interés en el concepto de “alineación”, con lo cual se referían a la condición de anomia que se originaba cuando el individuo experimentaba la falta o pérdida de normas que guiaran su conducta hacia metas socialmente determinadas; se hablaba de impotencia, falta de sentido, aislamiento y alejamiento de uno mismo, con lo cual, los extensos escritos sobre alineación, se podían situar dentro del campo general del estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

Este tema sigue siendo de interés en la sociología contemporánea, pero dentro de este ámbito se ha preferido el término de strain en lugar del de estrés, y lo utilizan para referirse a formas de desorganización social tales como tumultos, pánicos, suicidio, crimen y enfermedad mental, todas ellas producto del estrés en el ámbito social, haciendo con esto, referencia a fenómenos grupales más que individuales, no obstante, la utilización que llevan a cabo se sobrepone muchas veces con el plano psicológico individual.

2.3 EL CONCEPTO DE ESTRÉS EN PSICOLOGÍA

En el campo de la psicología, el término de estrés aparece por primera vez en los *Psychological Abstracts*, en el año de 1944, y su estudio ha sido abordado desde diferentes perspectivas (Folkman y Lazarus, 1986). Durante mucho tiempo, se utilizó el término ansiedad –como producto del estrés– como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, en especial, desde la teoría psicodinámica freudiana y neofreudiana. Así, surgieron extensos escritos en torno a la ansiedad como génesis de la organización psíquica y de los estados patológicos de la misma. Posteriormente, la ansiedad invadió el campo de la educación y se hicieron estudios acerca de la ansiedad tipo rasgo y su influencia en el aprendizaje, la memoria, percepción y rendimiento.

Posteriormente, la Segunda Guerra Mundial y más adelante, la Guerra de Corea, abrieron el campo a la investigación y formulación de hipótesis y teorías sobre el estrés, dada su relevancia en el rendimiento en combate. El estrés podía aumentar la vulnerabilidad de los militares y debilitar su desempeño, a tal grado que algunos soldados se quedaban paralizados o presentaban síntomas de depresión neurótica o psicotiforme. Tras estos acontecimientos, los estudios sobre estrés partieron de bases fisiológicas, para poder seleccionar a los soldados menos vulnerables, o poder brindar ayuda adecuada a aquellos que no lo eran. Tras dichos períodos bélicos, se reconoció que el estrés era un hecho inevitable de la vida, y que lo que marcaba las diferencias en el funcionamiento social entre individuos, era la forma en que cada uno lo afrontaba, es decir, se abrió paso al estudio de las diferencias individuales, y la importancia de los factores de motivación y el afrontamiento se hizo cada vez más clara.

A partir de aquí, se consideran cinco hechos relevantes que han contribuido al auge del estudio del estrés y el afrontamiento en la actualidad. El primero de ellos es precisamente este interés en el

estudio de las diferencias individuales, la motivación y el cómo afrontamos cada uno de manera diferente las situaciones que nos ocasionan estrés.

El estudio del estrés tuvo también gran influencia de la naciente **medicina psicosomática o conductual**, la cual centraba sus postulados en los hábitos y conductas que dan origen a la enfermedad orgánica. Actualmente, la medicina psicosomática se encuentra en estrecha relación con el estudio del estrés.

En esta misma línea, la **terapia cognitivo-conductual** pone gran énfasis en la forma en que el individuo interpreta sus experiencias con el fin de llevar a cabo un afrontamiento efectivo y reducir el impacto del estrés; y con ello ha centrado la atención en dicho proceso y el mantenimiento de una salud mental adecuada.

Otro factor que se ha sumado a los anteriores para contribuir en el aumento de interés por el estrés, afrontamiento y adaptación, es la **psicología evolutiva**, la cual pasó de centrarse únicamente en la infancia y la adolescencia como puntos de interés, a ser un campo dedicado a cambiar el curso de la vida, con el estudio de cada una de las etapas del ciclo vital y los problemas que se presentan, incluido el estrés.

Un último factor que contribuye a este creciente interés por los temas de estrés y afrontamiento, es la atención que actualmente se presta a los **aspectos ambientales o socioecológicos en el terreno de la investigación y del estudio de la conducta**. Este mismo giro ha caracterizado al pensamiento psicológico, el cual pasó de centrar el foco de atención en la psique interna del individuo, a interesarse por el medio ambiente que rodea a los sujetos, como factores que repercuten en el individuo y que contribuyen al inicio de psicopatología. De esta manera, y apoyándose en la ciencia etológica, ahora se considera que el estrés depende en parte de las demandas sociales y físicas del entorno (Altman y Wohlwill, 1977, op. cit.).

Siguiendo la línea de desarrollo del estrés en psicología, podemos clasificar las perspectivas desde las cuales se ha intentado definir dicho concepto, en tres orientaciones: el estrés como estímulo, como respuesta y por último y de forma más reciente, el estrés como relaciones.

2.3.1 Estrés como estímulo

Corresponde al paradigma psicológico de E-R, desde el cual el ser humano (y el resto de los animales) son concebidos como reactivos a estimulación. Desde esta perspectiva, el estrés ha sido definido como un estímulo que afecta a los seres vivos, dando lugar a una respuesta condicionada. Desde esta perspectiva, el estrés se origina en las condiciones ambientales externas del sujeto, por lo que su estudio se centra en los factores, eventos o hechos que potencialmente son capaces de provocar en los individuos determinadas respuestas negativas o perjudiciales para su salud.

Algunos ejemplos de estrés concebido como un estímulo son las catástrofes naturales, la ruptura matrimonial o los inconvenientes de un trabajo peligrosos. Todos estos sucesos requieren que el individuo realice conductas de ajuste debido a que el bienestar del individuo está amenazado por las contingencias ambientales. Dado que es difícil y potencialmente peligroso ajustarse a estos acontecimientos, las personas sufren estrés (Reeve, 1996).

2.3.2 El estrés como respuesta

Tras la definición de estrés como estímulo, se vio la necesidad de conceder importancia a la reacción del organismo. Se retomó el origen biológico / médico del término que enfatiza la respuesta del

organismo a diferentes estímulos; de hecho, era hasta que dicha respuesta incrementaba en intensidad y rebasaba los límites de la normalidad, que se podía hablar de estrés (Folkman y Lazarus, 1986).

En psicología es difícil utilizar el mismo criterio para poder definir el estrés, ya que sería necesario esperar la respuesta para poder hablar de la presencia o no del mismo; además de esta manera no sería posible clasificar de manera sistemática al estrés, originando que se cometa el error de juzgar a una serie de respuestas como estresantes siendo que en realidad no lo son; por ejemplo la elevación de la frecuencia cardíaca al hacer ejercicio intenso.

De ahí se concluyó que no era posible referirse al estrés, sin hacer referencia al estímulo que lo había originado. Una respuesta al estrés es necesaria y por definición, siempre traerá consigo la perturbación de la homeostasis. No obstante, todas las circunstancias vitales tienen repercusiones en tal homeostasis, ya sea para reducirla o para recuperarla, por lo que es difícil sí no imposible distinguir el estrés de cualquier otro fenómeno. Con este tipo de cuestiones sin resolver, se vio la necesidad de otra forma de definir el estrés que considerara cuándo el organismo se encontraba en homeostasis, a partir de la cual medir una reacción de estrés, y cuáles eran las manifestaciones de ésta última.

Tanto la definición de estrés como estímulo como la de respuesta incurrieron en una lógica circular que no daba solución al planteamiento crucial motivo de interés: ¿qué hay en el estímulo que produce una respuesta de estrés, y qué hay en la respuesta que indique un estado de estrés particular?

2.3.2 Estrés como proceso de relaciones

En épocas más recientes y para tratar de responder a las dificultades experimentadas en torno a la definición del estrés, dicho fenómeno se ha definido como un proceso de relaciones entre diversos sistemas y el contexto en el que el fenómeno tiene lugar (Folkman y Lazarus, 1986).

El estrés visto como un proceso de relaciones, aparece como resultado de una nueva concepción de enfermedad dentro del campo de la medicina, el cual considera que las características del sistema que es atacado son tan importantes como el agente externo; es decir, una persona se enferma como resultado de agentes nocivos en el medio, y como resultado de ser sensible a la acción de dicho agente. Así, en lo que al fenómeno del estrés se refiere, es posible afirmar que el acontecimiento por sí solo no es suficiente para desencadenar una enfermedad sino que son necesarias también otras condiciones; como por ejemplo, tejidos vulnerables o procesos de enfrentamiento adecuados (op. cit.).

Dentro de los teóricos que han abordado este tema desde una perspectiva integradora y con gran impacto en subsecuentes investigaciones dentro del ámbito psicológico, se encuentran Folkman y Lazarus (1986).

Desde su perspectiva, el estrés al igual que la enfermedad, es un ejemplo de las relaciones de un sistema multicausal, ya que para que se presente una enfermedad relacionada con el estrés, son necesarias una serie de variables así como de relaciones entre las mismas, que de no presentarse, el impacto del estrés en la salud pasaría desapercibido. Bajo este supuesto el estrés se definió como una clase particular de relación entre el individuo y el ambiente, y su estudio se centró en identificar e investigar cuáles eran y cuál su contribución, de estas otras variables y procesos como mediadores de la relación estrés-enfermedad.

Desde la perspectiva de Folkman y Lazarus (1986), los procesos cognitivos que intervienen entre las condiciones ambientales generadoras de estrés, y las respuestas del sujeto, son la variable más

importante en el estudio de este fenómeno, el cual no puede ser entendido de manera aislada, sino únicamente si se le toma en cuenta como parte de un proceso bidireccional y dinámico entre el individuo y su medio. De ahí que su modelo explicativo reciba el nombre de Modelo Cognitivo-Transaccional del Estrés (Folkman y Lazarus, 1986), en el cual definen al estrés como "...una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Folkman y Lazarus, 1986: 43).

Tomando como base esta definición de estrés, no es posible definirlo de manera objetiva, haciendo referencia únicamente a los eventos de vida, sin tener en cuenta las características del individuo y su contexto. En este sentido, Folkman y Lazarus (1985, 1991), proponen tres aspectos fundamentales a considerar en futuras investigaciones:

- 1) El estrés es un fenómeno más subjetivo que objetivo, de manera que las variables que adquieren mayor importancia son las relativas al individuo: la evaluación cognoscitiva y el afrontamiento.
- 2) El estrés es más fácilmente medido y apreciado en molestias diarias que en estresores universales, ya que en las primeras es donde se pone de manifiesto de manera más clara las diferencias individuales.
- 3) Cualquier medición del estrés debe evaluar el contenido y las fuentes del estrés, en lugar de únicamente el grado del mismo.

Así mismo, proponen un análisis de los sistemas en los que intervienen una gran cantidad de variables que se influyen entre sí y que atraviesan por contextos cambiantes de adaptación. De ahí que hayan surgido numerosos modelos que intentan explicar, desde diferentes perspectivas, la forma en que se lleva a cabo dicha interacción que da origen al estrés y sus consecuencias en la salud; así como cuáles son las características tanto del individuo como del ambiente que adquieren relevancia para que surja el estrés.

Los modelos más recientes y que han tenido mayor impacto en el estudio del estrés, consideran que las diferencias individuales ocupan un lugar preponderante en el desarrollo de la vulnerabilidad al estrés. Se basan en evidencia de que algunos sujetos poseen mayores recursos que otros que les permiten hacer frente a diversos sucesos estresantes y permanecer saludables tanto física como emocionalmente; en tanto que otros son especialmente susceptibles a padecer los daños causados por el estrés (Seiffge-Krenke, 1998).

Folkman y Lazarus (1985) con su Modelo Cognitivo-Transaccional, consideran que los recursos de enfrentamiento se encuentran tanto dentro del individuo como a través del entorno social. Toman en cuenta una serie de factores que limitan la utilización de dichos recursos, tales como: condiciones personales y ambientales, así como el grado de amenaza percibido por el sujeto. Plantean que en el momento en que se realiza el encuentro con el evento estresante, el sujeto lleva a cabo una evaluación cognoscitiva a partir de la cual se verá influida la reacción del estrés. De esta manera, el estrés es un proceso dinámico y multivariado que involucra un primer encuentro con el acontecimiento, evaluación del mismo así como evaluación de los recursos de afrontamiento, y una respuesta determinada por dicha evaluación.

Después de la revisión llevada a cabo acerca de la historia del concepto de estrés en psicología, para terminar con el Modelo Cognitivo - Transaccional, es posible concluir que el estudio del estrés se vincula estrechamente con los acontecimientos, sucesos o eventos, principalmente negativos, que ocurren en la vida del ser humano y a los cuales debe hacer frente. Se acepta la idea de que existe una interacción entre el medio ambiente y el individuo, de tal manera que un estímulo situacional resulta estresante en la medida en que el sujeto lo percibe como tal, dado que dicho evento está más allá del alcance de sus propios recursos. La forma en la cual se solucione el conflicto está en función de la gravedad del estímulo, de la capacidad de afrontamiento del sujeto y del apoyo que reciba del entorno.

En el siguiente apartado se retomará, desde la perspectiva de Folkman y Lazarus del estrés como un proceso dentro de su Modelo Cognitivo-Transaccional, los conceptos de evaluación primaria y secundaria, así como el proceso de afrontamiento, como parte de las características cognitivas de los individuos que intervienen dentro del proceso de generación del estrés, y en el impacto de éste en la salud.

2.4 EVALUACIÓN COGNOSCITIVA Y AFRONTAMIENTO.

De acuerdo con Folkman y Lazarus (1986), los estímulos no son estresantes *per se* sino que el que un suceso de vida se convierta en generador de estrés o no, es una situación que está en función de las características propias del estímulo así como de la manera en que la persona percibe el evento. Esta idea se fundamenta en un enfoque fenomenológico, al igual que el presente trabajo, enfatizando la existencia de las diferencias individuales en cuanto a la sensibilidad y vulnerabilidad al percibir un suceso como estresante.

En torno al estrés, Folkman y Lazarus (op. Cit.) destaca dos conceptos principales: la evaluación cognitiva y la respuesta de afrontamiento. La primera es el proceso del pensamiento en el cual la persona evalúa si un estresor potencial es relevante o no para su bienestar, y de ser así, si es potencialmente bueno o malo. Dicha evaluación cognitiva se ve influida por dos tipos principales de factores: los factores situacionales y los factores individuales, los cuales a su vez dan lugar a dos momentos en dicho proceso, a saber, la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

2.4.1 Evaluación Primaria y Evaluación Secundaria.

La **evaluación primaria** la lleva a cabo el individuo de manera espontánea, frente a un acontecimiento-estímulo, que puede ser potencialmente perjudicial. La evaluación secundaria toma lugar posterior a ésta, e implica una evaluación de las propias capacidades, recursos disponibles y oportunidades para afrontar con éxito el estresor (Folkman y Lazarus, 1986).

En la evaluación primaria el individuo toma en cuenta el riesgo que asume en una situación particular. De acuerdo con Folkman, et al (op. cit.), durante la evaluación primaria se ponen en riesgo diversas situaciones de la vida del sujeto, tales como su bienestar físico, su autoestima, sus metas, bienestar económico y el bienestar de las personas significativas que lo rodean.

Existen tres clases de evaluación primaria: *benigna o positiva, irrelevante y estresante*, dependiendo de cómo se evalúe al suceso en cuestión. Durante ésta, los estresores son valorados en una de tres posibles formas, cada una con diferentes consecuencias psicológicas y conductuales: *estresores desafiantes, irrelevantes o amenazantes*.

Los acontecimientos que son evaluados como irrelevantes no representan situaciones estresantes para el sujeto; por ejemplo, el divorcio del vecino, la muerte de algún personaje público poco conocido, etc. Por otro lado, los acontecimientos evaluados como *desafiantes y relevantes* implican cierto grado de estrés porque conllevan la posibilidad de ser valorados ya sea como un reto o como una amenaza; por ejemplo, oportunidades de ascenso laboral, de mejorarse a uno mismo, romper un récord, etc.; y por último, todas aquellas situaciones que impliquen daño a la propia persona, serán evaluadas como *amenazantes*.

Las evaluaciones de amenaza y de desafío no son excluyentes, es decir, se encuentran relacionadas y pueden cambiar a lo largo de una misma situación; por ejemplo, la promoción en el trabajo puede resultar desafiante, pero también amenazante, y es posible que al ser ascendido y durante el período

de adaptación a las nuevas funciones, el trabajador lo perciba más amenazante que desafiante, pero una vez que ha logrado dicha adaptación, el significado que asigna al suceso sea diferente.

Evaluar un acontecimiento como irrelevante, como un reto o como una amenaza, tiene diferentes implicaciones tanto emotivas como conductuales. Tras una evaluación primaria de un suceso *irrelevante*, la homeostasis continúa y el sujeto puede proseguir su actividad anterior; al evaluar un suceso como un reto, las personas adquieren una sensación de seguridad, esperanza y buena disposición actuar; mientras que el percibir una situación como *amenazante*, da origen a preocupación, miedo y ansiedad. De esta manera, la evaluación primaria determinará en gran medida el desempeño del individuo frente al estresor potencial.

Por otro lado, la **evaluación secundaria** está destinada a encontrar qué puede hacerse, de tal forma que implica la propia evaluación; se lleva a cabo una estimación de los recursos individuales de afrontamiento, de las habilidades y capacidades con que cuenta el sujeto para ajustarse, manejar o al menos controlar el estresor ante el cual se enfrenta. Tras esta estimación, el individuo realiza una búsqueda cognitiva de las opciones de enfrentamiento posibles y calcula las posibilidades de éxito de cada una de estas estrategias. Idealmente, la opción de afrontamiento que se decida utilizar será la que en esta evaluación haya tendido mejores posibilidades de ser adaptativa.

La evaluación primaria se enfoca en el suceso o acontecimiento frente al cual resulta necesaria una respuesta, mientras que la evaluación secundaria involucra la propia evaluación frente al acontecimiento estresante; en ésta, la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias personales y habilidades de afrontamiento, y las estrategias y habilidades que exige la situación, y con ello se forma una noción de sus capacidades y limitaciones ante diferentes situaciones. Cuanto mayor sea la discrepancia entre las capacidades propias y las que exige la situación, mayor será la ansiedad que se experimente. El resultado final dependerá de las capacidades reales, de lo que se pueda hacer y de lo que está en juego.

2.4.2 Reevaluación Cognitiva

Folkman y Lazarus (op. cit.) introdujeron un tercer concepto dentro de este proceso, llamado *Reevaluación*. Consiste en el cambio que se lleva a cabo en la evaluación inicial, cuando se recibe nueva información del entorno o de las propias reacciones del individuo, y que está relacionada con el suceso sobre el cual se realiza dicha evaluación. Por ejemplo, cuando un sujeto reacciona con enfado ante el comentario de otro individuo, el primero puede sentirse avergonzado de su propia respuesta y disminuir o incrementar su propio estrés.

De esta manera, y de acuerdo a las propias palabras de Folkman y Lazarus, una reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que es capaz de modificar a la que previamente se había realizado.

2.4.3 Estilos de afrontamiento

Existen dos grandes enfoques en la consideración del afrontamiento: *el enfoque estructural y el enfoque procesual* (Villardón, 1993).

El *enfoque estructural* está representado por el *Modelo Conductual explicativo del afrontamiento*, el cual considera la conducta de afrontamiento como los actos cuyo fin es controlar las condiciones aversivas del entorno, y que por tanto disminuyen la perturbación psicofisiológica que éstas producen (op. Cit.). Esta perspectiva deja de lado aspectos cognitivo-emocionales, y está centrada principalmente en la conducta de huida o evitación, por lo que no toma en cuenta diversas conductas

importantes en el repertorio del ser humano, que pueden también considerarse como esfuerzos de afrontamiento.

Por otro lado, se encuentra el *enfoque procesual*, representado por el *Modelo Psicoanalítico de la Psicología del yo*, el cual considera al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, y que por ende, reducen el estrés, de tal forma que da mucha mayor importancia al factor cognitivo-emocional que al conductual. Para algunos autores que pertenecen a la psicología del yo, los procesos o mecanismos de defensa más maduros son los estilos de afrontamiento propiamente dichos; las defensas son formas neuróticas de adaptación, y el resto (como por ejemplo la fragmentación), constituyen fracasos del yo (Haan, 1985, citado en Villardón, 1993). Así mismo, consideran que es posible clasificar a los individuos en tipos según las características de su comportamiento.

Bajo estas bases, Folkman y Lazarus (1986) consideran al afrontamiento como el esfuerzo cognitivo, emocional y conductual – ya sea conciente o inconsciente - que realiza la persona para manejar las exigencias específicas tanto internas como externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo, por lo que implican un reto o una amenaza. De esta manera, mediante el afrontamiento, la persona realiza un esfuerzo por manejar el estresor, eliminar o debilitar sus efectos negativos para poder tolerarlos sin que resulten tan perjudiciales.

Folkman y Lazarus (op. Cit.) señalaron tres características principales de los estilos de afrontamiento: por un lado se encuentra la acción que lleva a cabo el individuo, el contexto en el cual se da y por último, el cambio en la acción del sujeto conforme varía el suceso estresante al cual hace frente.

Así mismo, caracterizaron al afrontamiento como un proceso dinámico de evaluación y reevaluación que lleva a cabo un individuo en constante cambio, dentro de un contexto de relaciones específico. En este sentido, la reevaluación del suceso influencia los esfuerzos subsiguientes de afrontamiento que se llevan a cabo. Así, el proceso de afrontamiento se encuentra continuamente mediado por la evaluación y reevaluación cognitiva que realiza el sujeto.

Folkman y Lazarus (1986) consideran que el afrontamiento tiene dos funciones principales: es *un intento por evitar las consecuencias negativas de los estresores- afrontamiento dirigido a la emoción-*; y por otro lado, es *una tentativa por modificar las condiciones de tal manera que el estresor desaparezca, ya sea mediante un esfuerzo mental o físico- afrontamiento dirigido al problema-*. Ambos tipos se influyen y en general se acepta que ninguno es jerárquicamente superior al otro, pues estos autores consideran que ninguna estrategia es buena o mala por sí misma, sino que, dependiendo del contexto específico, uno puede ser más conveniente que el otro.

De esta manera, la concepción de Folkman y Lazarus difiere de la de los teóricos del yo, en que lo caracterizan como un proceso que involucra lo que el individuo piensa o hace realmente y no lo que generalmente hace; así mismo, se toma en cuenta lo que hace o piensa en un contexto determinado; así como la posibilidad de cambio en los pensamientos y actos, a medida que la acción se va realizando (Villardón, 1993).

No hay que olvidar que el afrontamiento es sólo una parte más de un proceso dinámico de interacción entre un estímulo específico y el individuo, influido por la evaluación que hace el sujeto, tanto de la situación (evaluación primaria) como de sus propias capacidades para afrontarla (evaluación secundaria) así como de las reevaluaciones que realiza, dependiendo del curso que tome la interacción.

Díaz-Guerrero (citado en Ampudia, 1998) introduce un elemento más que influye en el proceso de afrontamiento, pues menciona que el proceso y los estilos de enfrentarse al estrés, se ven moldeados

de manera significativa por la cultura, es decir, las características y conductas que son esperadas y aceptables por el grupo social al cual se pertenece.

Según Lazarus (1986), los estilos de afrontamiento pueden ser clasificados en cuatro tipos:

- 1) **Búsqueda de información**, la cual se fundamenta en que el conocimiento de la situación traumática reduce el estrés.
- 2) **Acción directa**, lo cual implica dar una respuesta, ya sea ésta de agresividad, asertividad, confianza, toma de medicamentos, etc.
- 3) **Inhibición de la acción**, es decir, la contraparte del anterior en el cual se evita dar una respuesta, ya sea sexual, agresiva, verbal, etc.
- 4) **Respuestas intrapsíquicas**, es decir, los mecanismos que operan sobre la propia persona y sus pensamientos. Algunos ejemplos son: los elogios a sí mismo, las comparaciones, la religiosidad, el humor o la resignación.

Se han descrito una gran variedad de modos de afrontamiento, los cuales pueden ser clasificados de muchas maneras. Para una revisión exhaustiva, consultar a Monat y Lazarus (1991, citados en Figueroa, 2001), Seiffge-Krenke (1998).

Si se retoman las clasificaciones, los estilos de afrontamiento pueden resumirse en dos grandes apartados: métodos directos o activos e indirectos o pasivos. En el **afrontamiento directo**, la persona identifica la fuente de estrés e implementa una estrategia de confrontación, física y mental contra ésta. Corresponde en última instancia a los métodos de **afrontamiento enfocados en el problema** (Monat y Lazarus, 1991; citados en Figueroa, 2001), o a los estilos de afrontamiento conductuales (Valdés y Flores 1990, op. Cit). Muchas estrategias pueden situarse dentro de este grupo de **afrontamiento directo**: Agresión, amenazas y castigos; resolución planificada de problemas; afrontamiento confrontativo; habilidad asertiva (negociación; ganarse al prójimo); afiliación a grupos y búsqueda activa de apoyo social; modificación de la meta; anticipación; búsqueda de información; solicitud de ayuda psicológica, social y legal.

En lo que respecta a los estilos de **afrontamiento defensivo o evitativo**, se consideran aquellos métodos indirectos que evitan dar una respuesta al problema. También esta clasificación corresponde a las estrategias de enfrentamiento cognitivas (Valdés y Flores 1990; citados en Figueroa, 2001), o centradas en modular la respuesta emocional (Monat y Lazarus, 1991; op. Cit); dentro de éstas se pueden nombrar las siguientes: Mecanismos de defensa (desde los más primitivos hasta los más elevados); sumisión; catarsis y confidencias; descalificación del objeto; fantasías vigiles; la religiosidad: consuelo y esperanza mágica o mística; la oración; parálisis del deseo; comparaciones optimistas; elogios a sí mismo; culpabilizar a otro; distracción evasiva; consumo de drogas y alcohol.

Los modos de enfrentamiento más elementales como la evitación o huida, la agresión, parecen ser heredados (Jackson y Rodríguez, 1993). Otros tipos de enfrentamiento son aprendidos a lo largo de la vida mediante la socialización, de manera involuntaria. Algunos ejemplos de estos últimos son los rituales de duelo, utilizar los recursos que brinda la ley y la solicitud de ayuda médica.

Resulta conveniente aclarar que al distinguir entre estilos de afrontamiento activos y pasivos, no necesariamente significa lo mismo actividad que funcionalidad, ni pasividad que disfuncionalidad. No obstante, se ha descrito que el afrontamiento activo suele ser más funcional que el pasivo, en tanto que son métodos directos, enfocados en el problema y cómo solucionarlo. De esta manera, se habla de estilos de afrontamiento funcionales como el afrontamiento activo e interno; y disfuncionales como la evitación (evitación de dar una respuesta al problema). En este punto, la cualidad de disfuncionalidad se refiere a que el conflicto no tiene una solución real (Seiffge-Krenke, 1995, citada en Seiffge-Krenke, 1998). De acuerdo a los resultados y a la forma en que actúan dichos mecanismos, éstos pueden ser sanos, inadecuados o evidentemente patológicos. En este sentido, se

considera que dichos mecanismos resultan inadecuados cuando resuelven el conflicto de manera inmediata, pero no a largo plazo, o cuando afectan a una tercera persona (Rodríguez, 1995).

Al respecto, muchos autores han discutido la función protectora que lleva a cabo la evitación cuando un individuo se encuentra bajo grandes niveles de tensión (Suls y Fletcher, 1995, op. Cit.). En este caso lo que adquiere relevancia es la evaluación que lleva a cabo el sujeto de la situación estresante, pues debe considerar si el evento que origina estrés puede o no ser controlado, así como los recursos internos y si éstos permiten un estilo de afrontamiento que satisfaga las demandas de la situación estresante (Roth y Cohen, 1986).

En última instancia, se hace evidente que los sujetos más sanos son aquellos que disponen de mayor cantidad de recursos de respuesta, realistas y eficaces; y que además son capaces de utilizarlos de manera flexible, pues un tipo de respuesta no resulta útil en todas las ocasiones sino que debe ajustarse a las necesidades de la contingencia para ser realmente eficaz (Rodríguez, 1995).

2.4.4 Estrategias de Afrontamiento en la Adolescencia

La forma en que los adolescentes enfrentan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida adulta. El presente trabajo está centrado en la población adolescente, por lo que resulta conveniente revisar la literatura especializada en este período del ciclo vital, en materia de afrontamiento.

E. Frydenberg y R. Lewis (1997) llevaron a cabo una investigación con 643 adolescentes entre 15 y 18 años, de Melbourne – Australia. A partir de las respuestas de los adolescentes, se llevaron a cabo análisis de contenido, de adecuación del lenguaje y análisis factoriales, lo cual dio como resultado la Escala de Afrontamiento adolescente (Adolescent Coping Scale), la cual en su versión española de 1997, contiene 18 conductas de afrontamiento que utilizan los adolescentes entre 12 y 18 años de edad, y que permite evaluar dicha conducta en la población adolescente, además de que les permite a ellos mismos reflexionar sobre sus propios métodos de afrontar las situaciones. A continuación se describen los 18 estilos de afrontamiento:

Buscar apoyo social: compartir el problema con otros y buscar apoyo para resolverlo. Ej. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.

Concentrarse en resolver el problema: dirigida a resolver el problema, a través de estudiarlo sistemáticamente y analizar los diferentes puntos de vista u opciones. Ej. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.

Esforzarse y tener éxito: Describe el compromiso, ambición y dedicación del adolescente. Ej. Trabajar intensamente.

Preocuparse: elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, preocupación por la felicidad futura. Ej. Preocuparme por lo que está pasando.

Invertir en amigos íntimos: búsqueda de relaciones personales íntimas. Ej. Pasar más tiempo con el chico (a) con quien suelo salir.

Buscar pertenencia: preocupación o interés por sus relaciones con los demás y por lo que éstos piensen de él/ella. Ej. Mejorar mi relación personal con los demás.

Hacerse ilusiones: refleja elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva. Ej. Esperar que ocurra lo mejor.

La estrategia de falta de afrontamiento: refleja la incapacidad personal para tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicossomáticos. Ej. No hay nada que hacer.

Reducción de la tensión: refleja un intento por sentirse mejor y relajar la tensión. Ej. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas.

Acción social: dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades. Ej. Unirme a gente que tiene el mismo problema.

Ignorar el problema: rechazar conscientemente la existencia del problema. Ej. Ignorar el problema.

Autoinculparse: ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen. Ej. Sentirme culpable.

Reservarlo para sí: refleja que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ej. Guardar mis sentimientos para mí solo.

Buscar apoyo espiritual: refleja el uso de la oración y la creencia en la ayuda de un líder o de Dios. Ej. Dejar que Dios se ocupe de mi problema.

Fijarse en lo positivo: tratar de buscar el aspecto positivo de la situación. Ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado. Ej. Pensar en las cosas buenas.

Buscar ayuda profesional: buscar la opinión de profesionales como maestros u otros consejeros. Ej. Pedir consejo a una persona competente.

Buscar diversiones relajantes: describe actividades de ocio como leer o pintar. Ej. Encontrar una forma de relajarme, por Ej. Oír música, pintar, etc.

Distracción física: se refiere a hacer deporte, mantenerse en forma, etc. Ej. Mantenerme en forma y con buena salud.

De acuerdo con los autores, estas 18 estrategias se pueden agrupar en tres estilos básicos de afrontamiento: *dirigido a la resolución del problema; afrontamiento en relación con los demás; afrontamiento Improductivo.*

2.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EVALUACIÓN COGNOSCITIVA: OTORGARLE UN SIGNIFICADO PSICOLÓGICO A LOS EVENTOS.

Para poder entender las diferencias observadas en la respuesta que presentan diferentes personas ante un mismo estímulo, debemos tomar en cuenta la manera en que los eventos de vida adquieren significado psicológico para las personas. Dicho significado está íntimamente ligado a los procesos de evaluación que se llevan a cabo. La evaluación cognitiva refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinados valores, compromisos, estilos de pensamiento y percepción; y el entorno, cuyas características deben predecirse e interpretarse. Dicha evaluación determina por tanto la emoción y la reacción o respuesta ante determinado estímulo, no sin dejar de lado los significados que el sujeto ha atribuido a dicho evento. De esta manera, el significado psicológico que un sujeto asigna a determinado acontecimiento, está en función de una serie de dimensiones tanto personales como situacionales que determinan tanto la Evaluación Cognoscitiva como el estilo de afrontamiento que de ella deriva.

Existen además otras dimensiones que también es importante tomar en cuenta, son los mediadores, es decir, las diferencias individuales que se encuentran como amortiguadores del impacto del estrés, o bien como una lupa que incrementa su tamaño. Son los llamados factores de riesgo o de protección, de los cuáles se hablará a profundidad en el siguiente capítulo. Por lo pronto, se abordarán tanto los factores personales como situacionales.

2.5.1 Factores Personales

Folkman y Lazarus (1991), describieron dos características del individuo que determinan la evaluación: los compromisos y las creencias. Ambas influyen en la evaluación de tal manera que de ellas depende qué es lo más sobresaliente para conservar el bienestar; de qué modo el individuo entiende la situación poniendo en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento; y por último, cuáles serán las bases para evaluar los resultados.

Los Compromisos se refieren a las situaciones que son importantes para el individuo y deciden lo que se haya en juego en una situación estresante, por lo tanto, determina las decisiones que se han

de tomar. Son parte esencial de las motivaciones de las personas; entre mayor sea el compromiso, también será mayor el riesgo de no lograr la meta propuesta, por lo tanto, más estresante será la situación.

Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones potencialmente amenazantes, benéficas o perjudiciales, mediante la adaptación de la sensibilidad del individuo para percibir las señales emitidas por el entorno. Influyen también sobre la evaluación mediante su efecto en la vulnerabilidad psicológica, es decir, el grado de compromiso que tenga el sujeto con determinada situación dependiendo de que tan importante o significativo resulte dicho acontecimiento. Como se mencionó anteriormente, mientras más grande es el grado de compromiso, la situación puede volverse más estresante, más recompensante o más amenazante; sin embargo, también puede movilizar o inducir al individuo a llevar a cabo acciones adaptativas que son fuente de esperanza.

Las Creencias son pensamientos, ideas o nociones con los que nos explicamos la realidad. Al asumir una serie de creencias estamos reconociendo algo como verdadero y comprometiéndonos con esa verdad. En ese sentido también determinan la forma en que una persona evalúa lo que va a ocurrir a su alrededor. Muchas veces la persona no es consciente de tal influencia, ya que se manejan por automatismos cognitivos, por lo que es difícil percibir su influencia sobre la evaluación.

Existen varios tipos de creencias; para los fines del presente trabajo se consideran importantes dos tipos: *las creencias existenciales* y *las que se refieren al control personal*. Con respecto a estas últimas, se refieren al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general; y dependen en gran medida de lo ambigua o bien estructurada que se presente dicha situación, de tal manera que mientras menor sea la ambigüedad, mayor será la probabilidad de que las evaluaciones situacionales de control afecten la emoción y el afrontamiento. Este tipo de evaluaciones se refiere tanto a la primaria como a la secundaria, es decir, no únicamente a las expectativas de control sino también de la propia respuesta. Es importante tomar en cuenta si al momento de realizar la evaluación se tiene la información completa o exacta, ya que ello también repercute en la evaluación de control o no-control que se lleve a cabo. Sin embargo, independientemente de su exactitud, la evaluación sobre el entorno y sobre uno mismo influye sobre la emoción y el afrontamiento.

Por su parte, de acuerdo con Folkman y Lazarus (1991), *las creencias existenciales* permiten al individuo encontrar significado y mantener la esperanza en situaciones difíciles. Pueden ser afectivamente neutras, pero también son capaces de generar emociones cuando convergen con un compromiso importante.

2.5.2 Factores Situacionales

Existen circunstancias propias de la situación, que determinan en gran medida la manera en que el sujeto que experimenta el evento, lo percibe y evalúa, además de la respuesta que presenta. La investigación se ha centrado principalmente en la *frecuencia de ocurrencia, en la predictibilidad de los eventos, el control sobre el mismo o la incertidumbre que generan* (Lazarus y Folkman, 1991).

La novedad, la predictibilidad y la incertidumbre de un acontecimiento, son dimensiones de la situación que influyen en la evaluación y afrontamiento. La predictibilidad de un evento permite que los sujetos se preparen de alguna manera para afrontar dicha situación, lo cual disminuye el estrés que pudiera generar. Por otro lado, la novedad no permite tal anticipación; por ejemplo, una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño; es decir, que para llevar a cabo una evaluación de los

acontecimientos, los individuos buscan la experiencia previa de que se disponga, que esté relacionada con éste.

Así mismo, cuando existe incertidumbre acerca de los resultados o consecuencias que un suceso pueda significar, el ser humano recurre a la probabilidad de ocurrencia, de manera subjetiva. A este respecto se ha observado que los sucesos de máxima incertidumbre suelen ser muy estresantes, y pueden tener un efecto movilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento y puede así mismo, provocar confusión mental.

Por otro lado, la **dimensión de control** se refiere a las opciones o la capacidad que tiene el individuo de controlar las consecuencias del evento. Algunos acontecimientos se encuentran completamente fuera de nuestro control; por ejemplo, los desastres naturales como huracanes, temblores, tornados, los cuales es posible predecir, hasta cierto punto, y prevenir sus consecuencias, pero no evitarlos o controlarlos.

La muerte de seres queridos también queda fuera del control del ser humano, pues a pesar de que los avances médicos son muy grandes, la vida lleva implícita la muerte y este es un evento imposible de evitar; sin embargo, la respuesta de estrés no será la misma si un ser querido ha muerto en un accidente trágico e inesperado, a que si murió tras una larga enfermedad crónica que dio a sus familiares la posibilidad de predecir el momento de la muerte y prepararse para ello. Así mismo, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo son situaciones frente a las cuales es poco lo que el ser humano puede hacer para controlarlas.

Por otro lado, existen eventos que son fuertemente influidos por las acciones humanas y que dependen en gran medida de lo que hagamos o dejemos de hacer, como lo son la ruptura conyugal, el someterse a un examen importante o el cambiarse de casa. No obstante, la percepción de control de la situación que tiene un individuo también depende del locus de control del sujeto, como se revisará más adelante.

Con respecto al **factor tiempo**, se consideran tres dimensiones: **la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal de los acontecimientos**, como dimensiones que afectan o influyen la evaluación y el afrontamiento hacia dichos eventos. De acuerdo con Folkman y Lazarus (op. Cit.), cuanto **más inminente** es un acontecimiento, más urgente e intensa es su evaluación; y por el contrario, cuanto **menos inminente** resulta, más complejo es el proceso de evaluación que lleva a cabo el individuo. De esta manera, aunque el factor tiempo puede incrementar la percepción de amenaza, también le permite al individuo, dominar dicha situación a través del afrontamiento cognitivo de los recursos que la situación demanda, de tal manera que el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción de las reacciones desarrolladas ante el estrés. Por su parte, la **percepción de amenaza** da lugar a un proceso de evaluación y afrontamiento más complejo que en el caso de la percepción de un acontecimiento como desafiante.

La **duración** hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar un acontecimiento. No todos los estresores crónicos o prologados conducen a la fase de agotamiento mencionada por Selye (1978, op.cit.)², ello dependerá de la habituación a dicho estresor, que obliga a disminuir el umbral de resistencia, es decir, a percibir el estresor como algo normal y por tanto, que no es capaz de generar tal estrés como había sido percibido en un inicio, produciéndose una disminución de la respuesta al estrés. A este fenómeno se le conoce como habituación emocional, y puede aparecer por exposición prolongada al estresor o como resultado de los procesos de afrontamiento.

² Revisar el apartado de Estudio científico del estrés, en el cual se describe el Síndrome General de Adaptación expuesto por Selye.

La evaluación que lleva a cabo el sujeto de la dimensión de duración de un acontecimiento, permite también conocer la manera en la que percibe y describe la experiencia vivida. De esta manera podemos conocer más acerca de las características de vulnerabilidad o invulnerabilidad al estrés que tiene dicho sujeto. Así por ejemplo, el divorcio es por lo general la culminación de una serie de conflictos matrimoniales que se presentan de manera crónica, sin embargo, tendrá diferente significado si el sujeto sólo describe como estresante dicho divorcio, o si da mayor énfasis a los estresores continuos que le antecieron.

La **incertidumbre temporal** se refiere al desconocimiento del momento exacto o tan siquiera aproximado, en que ocurrirá el evento potencialmente estresante. De acuerdo con las investigaciones realizadas, se han observado que la incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento que reduce las reacciones al estrés.

La dimensión de **ambigüedad** de un evento también influye sobre la evaluación que de él se realiza. En la vida real, la mayoría, si no es que todos los acontecimientos se presentan de una manera más o menos ambigua; mientras mayor sea la ambigüedad con que se presenta, salen a relucir con mayor importancia los factores personales para determinar que tan significativo es un evento para determinado individuo. De esta manera, si un evento es muy ambiguo puede ser percibido como una amenaza, si el sujeto tiene predisposición a reaccionar de tal manera, o si información del medio le dice que existe la posibilidad de daño.

La **cronología de los acontecimientos estresantes en el ciclo vital** también puede afectar su evaluación. La frecuencia de los eventos así como su predictibilidad y control no es la misma en todas las edades ni en todas las personas, y las diferencias en estas dimensiones tienen grandes implicaciones en la forma de experimentar un evento estresante y sus repercusiones en la salud. Este es un punto que hay que tomar en cuenta al revisar el presente trabajo, puesto que la población de cada estadio del ciclo vital tiene características propias diferentes al resto de los estadios. Así, en el siguiente capítulo se llevará a cabo un análisis de lo estresante que puede ser el periodo adolescente, comparado con otros períodos de la vida.

Son precisamente estos acontecimientos que se presentan a destiempo los que tienden a ser percibidos como amenazantes debido a que no son esperados y por lo tanto es posible que priven al individuo del apoyo del grupo, de la posibilidad de disfrute del acontecimiento o de la oportunidad de llevar a cabo una anticipación de los hechos y un afrontamiento cognitivo que permita prepararse para el evento.

La **yuxtaposición de eventos estresantes** es también una dimensión situacional que merece tomarse en cuenta, ya que los eventos y el orden o momento en que se presenten, no significan lo mismo para unos que para otros, adquiriendo importancia desigual según el individuo de que se trate.

Por último, es preciso recordar que los factores personales y situacionales son siempre interdependientes y su importancia para el estudio del estrés y el afrontamiento deriva de los procesos cognitivos que subyacen.

2.6 LA IMPORTANCIA DEL ESTRÉS COMO PROBLEMA EN LA ECONOMÍA, LA SOCIEDAD Y LA SALUD.

El estrés constituye en sí mismo un grave problema con enormes repercusiones económicas y de salud. De acuerdo a las estadísticas, las situaciones de estrés ocasionan grandes pérdidas económicas por defectos de calidad y cantidad de productos y servicios, ausentismo, deserción laboral, accidentes, jubilaciones prematuras e incluso la muerte del trabajador.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no es únicamente la ausencia de enfermedad. Actualmente se considera más adecuado hablar de un proceso de salud-enfermedad, más que de la salud en términos concretos, dado que como parte inherente de la vida está la capacidad de desequilibrarse y cambiar, por lo que en este sentido, la idea de salud involucra la acción frente al conflicto que supone tal falta de equilibrio, acción que únicamente se presenta en los seres vivos (Casullo, 1998).

De esta manera, para cuidar, preservar y mantenernos en óptimas condiciones de vida, es necesario tomar en cuenta aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales, que contribuyen al bienestar del ser humano, dado que éste es un ser bio-psico-social. Nuestras vidas están llenas de experiencias estresantes, algunas de ellas se presentan diariamente, otras con muy poca frecuencia; algunas se extienden en el tiempo, mientras que otras sólo duran unos instantes; así mismo, unas son generadas por nuestras acciones en tanto que otras van más allá de lo que hagamos o dejemos de hacer. Dado que conllevan la necesidad de un ajuste, los sucesos estresantes son potencialmente perjudiciales en la medida en que se pueda o no, lograr dicho ajuste, sin embargo, no todos los eventos son de la misma magnitud ni del mismo tipo, y estas son dimensiones importantes para estudiar las repercusiones del estrés en la salud.

Los sucesos generadores de estrés, tienen repercusiones en la salud, ya que potencialmente son capaces de dañar al organismo de diversas maneras. El estrés rompe el equilibrio del individuo a varios niveles: trastorna el estado emocional, deteriora la actividad cognitiva y altera la homeostasis corporal. Y sus consecuencias varían dependiendo del grado en que se experimente.

Las alteraciones fisiológicas que se producen como producto del estrés, son bien conocidas y fueron agrupadas por Selye (1946, citado en Reeve, 1996) bajo el nombre del Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual se origina cuando el organismo tiene contacto con estímulos internos o externos que representan una amenaza para el mismo, y se caracteriza por activación fisiológica que en general involucra una hiperactividad en el Sistema Nervioso Autónomo. Estos síntomas incluyen: presión sanguínea elevada, taquicardia, sudoración de miembros distales, respiración agitada, disturbios gástricos, dilatación pupilar, sequedad de boca y garganta, se incrementa el gasto energético de los músculos por lo que se liberan las reservas de glucosa, y en general, el organismo se predispone a actuar movilizándolo sus recursos energéticos.

Todas estas reacciones pueden resultar muy importantes —e incluso necesarias— para garantizar una respuesta adaptativa eficaz, de hecho, una cierta cantidad de estrés y una respuesta adecuada a las situaciones que lo generan, nos hace sentir motivados y llenos de energía; a este estado se le conoce como eustrés o estrés positivo. Sin embargo, cuando el nivel de estrés rebasa los límites que se encuentran dentro de nuestro control, el estrés se convierte en distrés, cuyos efectos pueden acumularse con el tiempo, o volverse crónicos hasta ocurrir cambios fisiológicos significativos que aluden a la instauración de una enfermedad. De hecho se ha demostrado que el ser humano no ha evolucionado a la par de los estresores, por lo que el Síndrome General de Adaptación no resulta tan útil para actuar hoy en día puesto que no necesariamente se trata de correr frente a un animal o esconderse; y por el contrario, tal activación del Sistema Nervioso se relaciona directamente con la aparición de un sin fin de enfermedades: síncope cardiaco, hipercolesterolemia, úlcera gástrica o cáncer, además de disminuir el funcionamiento del sistema inmune, lo cual nos hace más proclives a la influencia de virus, bacterias o alergias, e incluso hay quienes afirman que más del 80% de las enfermedades físicas están relacionadas con el estrés.

Durante el estrés, el cerebro, el sistema endocrino y el inmunitario forman un circuito y se comunican a través de señales bioquímicas en la forma de neurointermediarios, neuropéptidos, hormonas, factores de crecimiento del tejido linfoide, citoquinas, etc. Como resultado de esta comunicación al interior del organismo, la inmunidad resulta deprimida por el estrés psicológico, el insomnio, la melancolía, el alcohol, las drogas (Rodríguez, 1995). En los animales, incluido el ser humano, el

estrés crónico aumenta las manifestaciones de envejecimiento cerebral, enfermedades psíquicas, somatizaciones o agravamiento de desarreglos genéticos como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o el asma bronquial.

En el plano cognitivo, al estar bajo la influencia del estrés, el pensamiento tiende a ser confuso, se experimenta falta de control sobre la situación, falla la memoria y la concentración también se deteriora (Broadbent, Cooper, FitzGerald y Parkes, 1982; citados en Reeve, 1996). Así mismo, el patrón normal de pensamiento se ve interrumpido con elementos de preocupación, pesimismo y auto-evaluaciones negativas (Sarason, 1977, op. Cit.) por lo que la autoestima tiende a bajar. Mientras más estrés se experimente, sus consecuencias negativas en la cognición serán también mayores. La atención a las tareas diarias disminuye, al tiempo que se presta cada vez más atención auto-dirigida a aspectos que nos preocupan, lo cual a su vez, contribuye a incrementar el estrés.

El estrés también afecta la calidad en la toma de decisiones (Janis, 1982, op. Cit.), ya que bajo sus efectos las opciones se reducen pues la información que se obtiene se organiza en una forma poco adecuada, sesgada, que limita las alternativas; la evaluación de las posibles estrategias se lleva a cabo de manera apresurada, sin tomar en cuenta todas las posibilidades, por lo que la decisión que se tome no necesariamente será la más conveniente (Keinan, 1987, op. cit.). Es posible que se busque confort mediante conductas poco convenientes o riesgosas tales como comer, fumar o ingerir alcohol en exceso.

El ser humano, además de responder fisiológicamente a las situaciones que nos afectan, responde también psicológicamente. En el plano emocional, se produce ansiedad, miedo, irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad (Horowitz, Wilner, Kaltreid y Álvarez, 1980, citados en Reeve, 1996). Se generan rememoraciones, defensas y mecanismos de enfrentamiento, cambios en las actitudes y en la autoestima y diversos síntomas (Rodríguez, 1995). En especial, una persona sometida a estrés será proclive a mostrarse ansioso antes del esfuerzo de afrontamiento y deprimido después del mismo, dependiendo de cuáles hayan sido sus consecuencias (Reeve, 1996). De esta forma, se ha comprobado que el estrés también incrementa el consumo de alcohol y drogas y favorece la automedicación con fármacos psicotrópicos y analgésicos (Rodríguez, 1995).

Otros desajustes sociales también son debidos a estrés. Por mencionar algunos, se encuentran el maltrato al prójimo, abuso, violencia, las malas relaciones interpersonales, el descontento en las escuelas, en los trabajos, en las comunidades, así como también disolución familiar.

En lo que al proceso de salud-enfermedad dentro del plano psicológico -punto de interés del presente trabajo- se ha definido el bienestar psicológico (salud mental), en términos de seis campos o dimensiones conceptualmente diferentes (Schumutte y Ryff, 1997, citado en Casullo, 1998):

- ◆ Actitud positiva hacia la vida personal presente, pasada y futura (Autoaceptación).
- ◆ Capacidad para manejar con eficacia los vínculos psicosociales (Dominio).
- ◆ Presencia de relaciones afectivas significativas (Afectos positivos).
- ◆ Creencias acerca del sentido de la vida (Proyecto de vida).
- ◆ Sentimientos positivos hacia el crecimiento y la madurez (Desarrollo Personal). Sentido de autodeterminación (Autonomía).

Con base en esta definición, es posible afirmar que el estrés afecta en gran medida y de manera especial el bienestar psicológico. Casi toda la patología psicológica y psiquiátrica puede esquematizarse en un modelo que reconoce una vulnerabilidad (genética y adquirida) y factores ambientales, como el estrés, que precipitarían la manifestación de determinado trastorno.

Así lo demuestran diversas investigaciones; por ejemplo, se ha encontrado una correlación positiva entre la existencia de sucesos estresantes - en especial negativos- y ciertos rasgos de psicopatología

en general (Rabkin, 1982, citado en Villardón, 1993), o con algunas afecciones específicas como la esquizofrenia (Spring y Conos, 1982; citado en Villardón, 1993.). El estrés también se ha vinculado con la presencia de conductas problema y poco adaptativas, como por ejemplo, conducta delictiva o intentos de suicidio, tanto en jóvenes (Stiffman, 1989; citado en Villardón, 1993.) como en adolescentes (Dubow, et al., 1989; citado en Villardón, 1993).

Numerosas investigaciones han relacionado también, características de altos niveles de estrés con índices de deterioro del bienestar psicológico (salud mental). Las personas sometidas a altos niveles de estrés, son más proclives a desarrollar síntomas depresivos (Brown y Andrews, 1986; Bonner y Rich, 1987, 1988; Farmer y Creed, 1989; y Rud, 1990; citados en Villardón, 1993; Compas, Slavin et al., 1986; citados en Casullo, 1998).

Los sucesos estresantes por si solos no dan cuenta del inicio y mantenimiento de un trastorno mental, y de hecho, los índices de correlación encontrados no son muy grandes (0.30 ó menores de acuerdo con Rabkin y Struening, 1976, citados en Casullo, 1998) lo cual indica que el estrés explica sólo una parte de la variabilidad de dichas características psicopatológicas (Sarason et al., 1978, citado en Villardón, 1993). De acuerdo con lo expuesto anteriormente, queda claro que las diferencias individuales que se ponen de manifiesto en la evaluación primaria, secundaria y reevaluación, son los factores más importantes al respecto.

CAPÍTULO III.

ADOLESCENCIA Y ESTRÉS.

3.1 ADOLESCENCIA Y ESTRÉS

Los cambios que tienen lugar durante la adolescencia, comparado con otros periodos del desarrollo, son especialmente rápidos e importantes. De hecho, puede considerarse a esta etapa como un período crítico, cuyas transformaciones son drásticas e irrumpen con el equilibrio que existía en la infancia.

Entre los 13 y los 18 años, y aún en la adolescencia tardía, los jóvenes viven un intenso proceso de cambio: biológico, corporal, intelectual, emocional y en su vida de relación. Todos estos cambios se presentan de manera repentina y modifican la vida de los jóvenes en todas sus esferas. De esta manera, es posible afirmar que este período del desarrollo resulta de por sí estresante, obligando al joven a adaptarse a las nuevas exigencias tanto biológicas como de la sociedad. Así, no resulta sorprendente que la adolescencia temprana sea el período del ciclo vital con mayores problemas emocionales mayores evaluaciones negativas de sí mismo y un incremento de pensamientos depresivos (Rutter & Garnezy, 1983).

A pesar de que cierto grado de estrés se considera normal, la exposición a una cantidad de estrés mayor, es sin duda un factor de riesgo que puede dar origen a un trastorno psicológico, motivo por el cual, el presente trabajo se enfoca en el estudio del período adolescente, por considerarlo de especial interés y vulnerabilidad ante el estrés y el desarrollo de psicopatología.

Por otro lado, las condiciones y estilo de vida de la sociedad actual han conducido a que el adolescente se enfrente a un número cada vez mayor de situaciones generadoras de ansiedad que aunadas a estos cambios de desarrollo propios de su etapa, incrementan los niveles de estrés y el tipo y situaciones estresantes, dando como resultado un estrés constante (Hamburg, 1989, citado en Villardón, 1993; Seiffge-Krenke, 1998).

Como consecuencia de todo ello y muy determinado por la respuesta social, a veces se producen desajustes y trastornos, conductas maladaptativas que implican riesgos hacia la salud y hacia la propia vida del adolescente, como por ejemplo el consumo de drogas, huida de casa, embarazos no deseados, accidentes graves, pensamientos o incluso intentos suicidas, entre otros.

Este último ejemplo constituye uno de los temas que más ha despertado el interés de los investigadores por su importancia e impacto dentro del grupo de adolescentes; de hecho, se considera que la conducta suicida y los intentos de llevarla a cabo es la cuarta causa de muerte en la población joven (S.S.A., 2000), y su incidencia ha ido en aumento y hoy en día es mayor en este grupo de edad comparado con otros grupos en la cual también se presenta, como es el caso de los ancianos (Villardón, 1993).

Empero la mayoría de los adolescentes realizan generalmente una adaptación razonable, no todos los jóvenes tienen las mismas oportunidades de llevar a cabo con éxito las tareas de esta etapa del desarrollo, lo cual se traduce en la carga de una serie de dificultades -perceptibles o que se presentan de manera más sutil- en los años posteriores a la adolescencia. En particular, se considera importante evaluar a la población en riesgo dentro del grupo adolescente, con el fin de prevenir futuras patologías y facilitar su transición hacia la etapa adulta. La línea de investigación que aborda los sucesos estresantes en la adolescencia, tienen como uno de sus objetivos conocer cuáles son los eventos que resultan más estresantes en este período del desarrollo, conocer a la población en riesgo y de esta manera aportar información relevante que permita comprender la forma en que el estrés afecta a los jóvenes en esta etapa del desarrollo, y prevenir futuras patologías.

3.2 FACTORES MEDIADORES DEL IMPACTO DEL ESTRÉS EN LA SALUD.

Retomando el concepto de estrés como un proceso de relaciones multivariado, se puede afirmar que existen factores medioambientales e individuales que tienen incidencia en la forma en que se experimenta el estrés, ya sea atenuando sus efectos o incrementándolos. Desde esta perspectiva, el estrés se considera una variable situacional, que es mediada por, o sumada al efecto de ciertas características del individuo (relacionadas con su capacidad para resolver problemas y enfrentar situaciones); y de su entorno (apoyo que puede recibir de él).

3.2.1 Los conceptos de Vulnerabilidad y Resiliencia

Cierta cantidad de estrés que resulte de eventos positivos, es necesaria para la salud y el crecimiento personal. Cada individuo requiere un cierto nivel de estrés que induzca o facilite un sentimiento de bienestar, y por arriba o por debajo de ese nivel, aparece el distrés o malestar. Sin embargo, el nivel de estrés que resulta benéfico para cada uno, es diferente. Así por ejemplo, en sujetos susceptibles y con baja autoestima, incluso los sucesos positivos pueden ocasionar daños a la salud debidos al estrés. En este sentido, se habla de personas con mayor o menor vulnerabilidad al estrés.

La palabra vulnerabilidad ha estado estrechamente relacionado al estudio del estrés. La mayoría de los teóricos que hacen referencia a dicho concepto, lo representan en términos de la suficiencia de los recursos del individuo para adaptarse a las situaciones y afrontar el estrés, concepto que, como se recordará del Capítulo II, involucra factores biológicos, psicológicos y sociales predisponentes para padecer alguna enfermedad física y / o mental.

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1984), al hablar de vulnerabilidad psicológica se hace necesario retomar, fenomenológicamente, los deseos, gustos, valores, etc.; de manera que no es suficiente hacer referencia a la cantidad o calidad de recursos existentes, ya que en un individuo con un nivel de funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos lo convertirá en vulnerable sólo cuando haga referencia a algo que realmente le importa de manera especial. Por ejemplo, al evaluar la anticipación de ciertos problemas en una relación interpersonal, dichos problemas crearán conflicto únicamente si la relación es significativa para el individuo. De esta manera, si las consecuencias de un determinado evento son importantes para el sujeto, y carece de los recursos para evitar la amenaza de tales consecuencias, entonces es posible decir que dicho individuo es vulnerable psicológicamente, no de otra manera (op. Cit.).

Así mismo, es útil tener en cuenta la susceptibilidad individual a reaccionar con estrés psicológico ante ciertos acontecimientos, lo cual estará determinado por un conjunto de factores personales entre los que se encuentran la predisposición biológica, los compromisos, las creencias y los recursos, entre otros, como se verá más adelante.

La otra cara de la vulnerabilidad psicológica es la invulnerabilidad, la utilización y optimización de los recursos adecuados, con el fin de evitar las consecuencias adversas de una situación potencialmente estresante. Dichas características han sido englobadas en el término de resiliencia, tras una serie de estudios en los cuales se originó el concepto (Haggerty, Sherrod, Gamera y Rutter, 1996). Dentro de la investigación sobre el estrés y sus consecuencias en la salud, ha suscitado gran interés el estudio de los jóvenes que son capaces de adaptarse a altos niveles de estrés y condiciones de vida poco favorables, para quienes se determinó el concepto de resiliencia¹ e invulnerabilidad. La investigación sobre estrés tiene sus orígenes en la epidemiología, dentro del campo médico y psicológico; La

¹ Resiliencia: del inglés *resilience*, cuyo significado alude a la característica de flexibilidad.

esencia de este concepto se relaciona con la identificación de factores que acentúan o inhiben la presencia de enfermedad y estados carenciales, así como el proceso que subyace a éstos (op. Cit.).

Muchos estudios recientes acerca de las relaciones del estrés, el soporte social y la adaptación general, se han originado en la comparación de grupos de niños y jóvenes que poseen características de resiliencia y aquellos que, dadas las mismas condiciones de estrés, no comparten los mismos niveles de adecuación en su ajuste. Como parte de las características que diferenciaban a este grupo de chicos sanos de los que no lo eran, los adolescentes resilientes provenían de familias que conservaban una relación padre-hijo, relativamente intacta; además las relaciones interpersonales en estas familias eran cercanas y cohesionadas; los intentos del adolescente por lograr autonomía no eran coartados; y las reglas y límites en la familia estaban claramente definidos.

Mientras que aquellos que habían llegado a la edad de la adolescencia en un estado de vulnerabilidad psicológica y con problemas emocionales, mostraban señales de estrés acumulado y falta de sistemas de soporte social, los jóvenes resilientes se mostraban con niveles adecuados de funcionalidad y eran competentes en su elección e identificación con modelos flexibles. Las capacidades de afrontamiento de los adolescentes con características de resiliencia tenían dos particularidades sobresalientes: por un lado enfrentaban las situaciones estresantes de la vida de un modo activo y competente, es decir, actuaban y no únicamente reaccionaban; y por otro lado en caso de disturbios mayores en las relaciones padres-hijo, existía la presencia de cuidadores alternativos en la casa (como abuelos) y la habilidad del chico o del adolescente de buscar fuentes de apoyo alternas, lo cual servía como un refugio frente a los eventos estresantes (Rutter, 1987, citado en Seiffge-Krenke, 1998) o ayuda en el enfrentamiento activo con los estresores (Werner y Smith, 1982, op. Cit.), lo que a su vez incrementaba su tolerancia al estrés.

Al examinar los conceptos antes expuestos de vulnerabilidad y resiliencia, se considera importante retomar dos aspectos: por un lado, los factores protectores contra el estrés; y por otro lado, las características que se asocian con susceptibilidad ante los sucesos potencialmente estresantes.

3.2.2 Factores de Protección contra el Estrés

Se pueden considerar varios recursos que amortiguan los efectos del estrés, de manera que llevan a cabo una función protectora. Algunos de ellos dependen del individuo, pero otros están más allá de su control, ya se trate de factores individuales o medioambientales (Haggerty, Sherrod, Gerner y Rutter, 1996). Examinaremos más a fondo algunos de ellos.

Capacidad de Resolución de Problemas: el Afrontamiento eficaz.

Un importante aspecto relacionado con bajos niveles de estrés -independientemente de que el contexto así lo sea- es la capacidad de hacer frente a los problemas. Los estilos de afrontamiento individual son importantes no sólo para lidiar con estresores inmediatos, sino también para lograr el soporte social. De esta manera, utilizar un estilo de afrontamiento adecuado resulta un medio eficaz de atenuar o evitar las consecuencias del estrés en la salud, mientras que lo opuesto también resulta cierto: respuestas de afrontamiento no efectivas, guían hacia relaciones interpersonales pobres, y por tanto, a reducir los recursos de afrontamiento disponibles (Rice, et. al., 1993, op. Cit.).

El estilo de afrontamiento también se ha relacionado con el bienestar psicológico, así como con la reducción del impacto del estrés en la salud. Los estilos de afrontamiento de búsqueda activa de apoyo y afrontamiento basado en el problema, son estilos típicos de adolescentes "normales"; mientras que una escasa gama de estilos de afrontamiento y de estrategias de solución de

problemas, se ha relacionado con intentos de suicidio en la adolescencia (Levenson y Neuringer, 1972, citados en Villardón, 1993).

Adicionalmente se ha encontrado que aún en sujetos expuestos al estrés, la utilización de una estrategia adecuada y eficaz para hacer frente al estresor disminuye los efectos de éste, por lo que ejerce una acción amortiguadora aminorando las consecuencias negativas de dicho estrés sobre el bienestar emocional y físico (Villardón, 1993).

Características Individuales Protectoras: el papel de la Tolerancia a la Frustración, el Locus de Control y la Autoestima

Se ha descrito que el **nivel de tolerancia al estrés y a la frustración**, son características que pueden incidir en las consecuencias que tienen los estresores psicosociales en la salud del sujeto (Linehan y Shearin, 1988, op. Cit.). De esta manera, se considera que los adolescentes que no se rinden ante las situaciones adversas, sino que son tolerantes y flexibles para adaptarse a las situaciones cambiantes y no favorecedoras, también constituyen características individuales que contribuyen a su invulnerabilidad frente a situaciones de estrés.

Otra de las características que contribuye a dicha invulnerabilidad es el **locus de control interno**. Locus de control es un constructo psicológico que puede definirse como la atribución que el sujeto hace respecto a quién o qué factores controlan los sucesos de vida (La Rosa, 1988, citado en Jiménez, González-Forteza, Mora Ríos, Gómez Castro, 1995); de tal forma que si el locus de control es interno, se refiere a la capacidad que poseen algunos adolescentes para sentir que pueden controlar la situación; esta es otra característica que se ha relacionado con un efecto amortiguador en el afrontamiento del estrés (Topol y Reznikoff, 1982, citados en Villardón, 1993). No obstante, una evaluación en la cual se percibe la situación como bajo el propio control, puede incrementar la sensación de amenaza si el hecho de ejercer control sobre la situación se opone al estilo habitual del sujeto, o bien implica entrar en conflicto con otros compromisos u objetivos (Lazarus y Folkman, 1991).

La autoestima o el concepto positivo de sí mismo es también un factor de protección o mediador del impacto del estrés en la salud, y en general en la prevención de psicopatología. Branden (2001) considera que las dos características más sobresalientes de los hombres y mujeres que recurren a psicoterapia son cierta falta de autoestima y una condición de autoalienación. Considera a la ausencia del sí mismo como la mayoría de la raíz de nuestros males en el ámbito personal, interpersonal y social. Así mismo, las investigaciones que han puesto de relieve el importante papel que lleva a cabo la autoestima como un factor de protección, son interminables y muy variadas. Por mencionar algunas, se encuentran las de Brown y Harris (1989, citados en Casullo, 1998), quienes encontraron que una baja autoestima está muy relacionada con el mayor riesgo de aparición de un trastorno depresivo si se afrontan hechos vitales severos.

Otras tantas investigaciones refuerzan el papel de la autoestima y su relación con índices de salud mental (Hauser, 1976, citado en Adams-Gullotta, 1989), con mayor iniciativa en la conducta de los jóvenes, y con la aceptación de la identidad étnica y la herencia (Paul y Fisher, 1980, op. Cit.). Kahle, Kulka y Klingel (1980, citados en Adams-Gullotta, 1989) encontraron que índices de baja autoestima en la adolescencia se relacionaban con problemas interpersonales. Otros estudios han demostrado que los adolescentes que reportan los más altos índices de autoestima, también son más capaces de enfrentar de manera directa los problemas y darles una solución, que aquellos que reportan bajos índices de autoestima (Moos, 1990).

Por otro lado Adams-Guillotta (1989) considera que los adolescentes que presentan una autoestima más baja, también tienden a ser menos estables en la manera en que se comportan. Así lo

demuestran también los estudios de Morris Rosenberg (1965, op. Cit.) quien considera que los adolescentes con baja autoestima, muestran características de personalidad más infantiles y un pobre ajuste social; estos adolescentes tienen poca confianza en sí mismos y tienden a devaluar su estilo espontáneo, para incurrir en comportamientos que dependen más del medio y las personas que los rodean que de sus propios valores y creencias. De esta manera, es más fácil que los adolescentes que poseen una baja autoestima, cedan ante la presión de los pares para realizar conductas autodestructivas como el uso de drogas, o delitos. Mientras que los adolescentes con una alta autoestima reflejan comportamientos más maduros en sus relaciones sociales.

En un estudio realizado con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999) encontraron que los factores protectores frente al estrés y frente a la conducta suicida en varones adolescentes, eran la alta autoestima asociada con un locus de control interno y la percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellos; para el caso de las mujeres dichos factores protectores fueron la autoestima con locus de control interno en el caso de los éxitos, la percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellas y el percibir apoyo real cuando buscan ayuda, consejos y/o consuelo.

De esta manera, no hay duda de que la autoestima alta o autoconcepto positivo, se asocia de manera directa con bajos índices de estrés; no sólo en población adolescente, sino también en etapas del ciclo vital posterior a este período.

La Función del Soporte social: una visión subjetiva

El papel del soporte social es muy importante en el estrés como proceso de relación y sus efectos en la salud. Al no poder evitar la ocurrencia de eventos estresantes, ni modificar la vulnerabilidad genética a enfermarse, la única forma de prevenir el estrés consiste en fomentar el desarrollo de redes solidarias (Rodríguez, 1995).

Los adolescentes difieren en su deseo o necesidad de apoyo, en sus habilidades de solicitar apoyo a los otros y en sus percepciones de la disponibilidad de soporte por otros. Los resultados en investigaciones sobre resiliencia, demuestran que la habilidad de solicitar ayuda es crucial, de hecho ha sido una de las variables más relacionadas con el estrés y la salud. En este punto, se considera importante distinguir entre el soporte real y el soporte percibido por parte del individuo.

La percepción de apoyo real que recibe el sujeto se refiere a la ayuda que, de una manera objetiva, de hecho recibe el sujeto. Por su parte, el soporte social percibido da prioridad a la perspectiva del propio sujeto con respecto a la calidad del apoyo que recibe, tomando en cuenta la capacidad de la red para brindar ayuda, así como la satisfacción del mismo sujeto con el soporte recibido.

Desde una perspectiva fenomenológica –desde la cual se desarrolla este estudio- esta percepción subjetiva de la ayuda, es la variable principal en el ajuste saludable del sujeto (Procidiano y Sèller, 1983; Ibidem).

El soporte social cubre diferentes funciones, dependiendo del nivel al cual se presente (House, 1981, Ibidem): el apoyo emocional, que implica la empatía, el amor y la confianza; el apoyo instrumental, que incluye el ayudar al otro en sus necesidades; el apoyo informativo, que consiste en brindar al otro información útil para que afronte problemas personales o ambientales; y el apoyo de valoración, que incluye información relevante para la autoevaluación o comparaciones sociales.

La red solidaria que la familia, los maestros, la pareja o los amigos proveen al ser humano, favorece el afrontamiento a los problemas y, por tanto, posibilita una solución adecuada a las situaciones que generan estrés. Actúa mejorando la autoestima, confirmando los puntos de vista del sujeto bajo estrés y permitiendo las confidencias. Sin embargo, el soporte que nos pueden prestar varía en función de las necesidades del sujeto, la fuente de ayuda, las características de la situación, etc. Se

ha dicho que para que la red social resulte realmente útil y protectora, es necesario que las relaciones sean cercanas o íntimas, ya que las personas que se consideran simplemente como conocidas, no brindan lazos solidarios reales (Rodríguez, 1995).

Específicamente en adolescentes, Cauce et al, (1982, citado en Villardón, 1993), considera que en esta etapa, el apoyo puede provenir de tres dimensiones: la familia, el apoyo formal y el apoyo informal. Se ha referido que la familia nuclear resulta la forma institucional más importante para reducir el estrés en Estados Unidos (Rodríguez, 1995). En México, también se considera que este núcleo tiene una importancia fundamental a lo largo del desarrollo, aún en el período adolescente; así lo demuestran diversas investigaciones en la cual los adolescentes mexicanos prefieren acudir a sus padres en busca de apoyo y consejo cuando se trata de problemas que consideran importantes, lo cual además se relaciona con índices adecuados de salud mental (op. Cit.).

✓ **Adolescencia y la Familia como Fuente de Apoyo**

La familia juega un papel primordial no únicamente durante la adolescencia, sino a lo largo del crecimiento de los seres humanos (hijos y padres) ya que se considera que es el factor más importante para el desarrollo social del individuo. R. D. Laing (1986), afirma que hablamos coloquialmente de la familia como si todos supiéramos de que se trata; y para evitar tales problemas de comunicación, la define como “.. el grupo de personas que viven juntas durante determinados períodos y se hayan vinculadas entre sí por el matrimonio o el parentesco de sangre” (Pág. 15).

Estrada (1997) sostiene que la familia como sistema, al igual que los organismos vivos, tiene una historia, un nacimiento y un desarrollo que se lleva a cabo a través de un ciclo vital al cual divide en seis etapas: el desprendimiento de la familia de origen, el encuentro de un compañero para formar una nueva familia, el nacimiento y educación de los hijos, la adolescencia, el reencuentro de los padres y por último la vejez. En cada una de las fases, la familia confronta diferentes tareas y cumple diversas funciones dependiendo de las necesidades de sus miembros; y en la medida que lleve a cabo dichas tareas y avance de una etapa a otra, será una familia sana. Veamos cuáles son algunas de esas funciones, durante la adolescencia de los hijos.

El núcleo familiar le brinda al niño y al adolescente un sentimiento de vinculación y pertenencia al darle la oportunidad de formar lazos emocionales fuertes con sus miembros. Este sentimiento es clave dentro del desarrollo de la autoestima porque les da a los hijos la sensación de que forman parte de algo, que poseen algo importante, les da un sentido de identidad al identificarse con grupos, tiene un pasado y una herencia personales, lo cual amplía sus vinculaciones a otros lugares y épocas.

El niño en crecimiento aprende que es un ser diferente a los demás, lo cual le ayuda a formar una identidad propia (Idem). Esta institución es pilar fundamental para la construcción de la identidad del ser humano en formación. Este último hecho es de especial relevancia en la adolescencia si se toma en cuenta que en esta etapa, la formación de un nuevo sentimiento de identidad es la principal tarea. De hecho, se ha mencionado que la calidad de las relaciones paterno-filiales, es esencial para el desarrollo adecuado de los jóvenes y el proceso de formación de su identidad, a través de la diferenciación y de una verdadera aceptación entre padres e hijos (Seiden, 1984; Firestone, 1986; citados en Villardón, 1993).

Resulta comprensible que el ser humano establezca de cualquier manera, fuertes lazos con los miembros de su familia; los acepta, los rechaza, se inhibe o modifica su comportamiento y creencias, pero en cualquier caso, la familia es parte importante de la vida del sujeto (Caparrós, 1977).

Así mismo, la familia es fuente de información y transmisión de valores. La presencia constante de los miembros adultos de la familia, sus conversaciones y conductas permiten a los niños adquirir información que les permiten interpretar la realidad física y social, así como asimilar las creencias de su cultura. Y a pesar de que en el período de la adolescencia, los jóvenes se emancipan del entorno y

Capítulo III. Adolescencia y Estrés.

valores familiares para acercarse más a la compañía e ideología de los pares, las bases sentadas dentro del entorno familiar han dejado huella en su educación.

Al proporcionar a los hijos límites, estructura y una guía adecuada, la familia les ayuda a lograr un auto-control. Si la familia es capaz de resolver un conflicto de una manera positiva, los hijos aprenderán también esas estrategias efectivas de resolución de problemas. Finalmente la familia provee modelos de relación e interacción; y de esta forma prepara al adolescente para el establecimiento de relaciones interpersonales cercanas.

Fishman (1989) menciona que en los casos en que existen problemas en algún miembro de la familia, e incluso si la fuente principal del conflicto se encuentra en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo exagera, las presiones externas que sufren sus miembros.

De especial importancia resulta el período adolescente en la organización y dinámica familiar, ya que como lo menciona Estrada (1997, pp. 111) "...de todos los eventos que en forma natural afectan a la familia, el advenimiento de la adolescencia es tal vez el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema"

Como se vio en el Capítulo I, la adolescencia es un período difícil no sólo para los hijos sino también para los progenitores, que además deben resistir las oposiciones y desplantes de los primeros. Un poco de estrés y tensión al interior de la familia, resulta benéfico para los adolescentes, ya que promueve su independencia y sentido de la responsabilidad (Haggerty, Sherrrod, Gamera y Rutter, 1996). No obstante, los adolescentes continúan necesitando el apoyo y la comprensión de sus padres, el cual debe -idealmente- brindarse de una manera sutil para no generar un rechazo mayor (Delval, 1997).

El ambiente y la calidad de las relaciones familiares son cruciales para determinar la competencia y confianza con la que los jóvenes enfrentan esta etapa. Cada persona desarrolla un sistema homogéneo de relación con sus padres o hijos, y esto produce un mecanismo adaptativo o estilo de convivencia que se asociará con el éxito o fracaso global de los niveles de salud de los hijos. Este mecanismo global o capacidad de enfrentamiento se estructura en la adolescencia y es en esta época cuando podremos intervenir terapéuticamente para consolidar respuestas sanas, ante cualquier tipo de problemas que la vida nos pueda plantear (Seiffge-Krenke y Shulman, S; 1993).

La manera en que se vivió la infancia y el tipo de apego que se generó hacia los padres, también contribuirán a suavizar o dificultar dicha transición (Delval, 1997). De hecho, se ha encontrado que los adolescentes que presentan altos grados de conflicto durante esta etapa, habían presentado también problemas en las relaciones familiares, antes de que los hijos entraran a la adolescencia (Brooks-Gunn, 1988, citado en Papalia, 2000).

Una familia inestable puede dificultar el manejo de las presiones externas por parte del adolescente, haciendo que las perciba más catastróficas de lo que en realidad son. La familia es un factor esencial que sirve de amortiguador de las presiones de los pares, del colegio y de la sociedad, además de que alivia de manera potencial el sufrimiento. Reforzando esta idea, Fishman (1989, pp. 199) percibe a la familia como "el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido del sí-mismo, y del propio bienestar".

Jurado (1992, citado en Ampudia, 1998), llevó a cabo una investigación con adolescentes mexicanos, en la cual exploró las características de los estilos de crianza y de las relaciones al interior de la familia, con el fin de detectar o predecir la posible ocurrencia de episodios de ansiedad severa. En su estudio participaron 2047 adolescentes escolarizados, quienes contestaron las preguntas del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). Este cuestionario está compuesto por 216 reactivos que exploran tres puntos: a) problemas psicológicos, b) factores o estilos familiares,

c) datos sociodemográficos. Los resultados revelaron diferencias significativas entre sujetos con incidencia alta y baja de episodios agudos de ansiedad severa. La violencia física o verbal (incluyendo amenaza de separación) entre los padres, así como algunos estilos violentos de interacción con el adolescente, resultaron variables predictoras de angustia en los adolescentes. Así mismo, se encontró que la ausencia paterna (real o funcional) juega un papel central en el desarrollo de episodios agudos de ansiedad severa.

Así mismo, las buenas relaciones familiares pueden contribuir enormemente a que la transición hacia el período adulto sea menos “tormentosa y estresante”. En el caso de las familias con hijos adolescentes, se considera que el conflicto usual es normal y saludable entre los hijos y sus padres; el discutir acerca de asuntos como el trabajo de la escuela, oficios, amigos, citas, hora de llegada y apariencia personal, permite la negociación de aspectos relevantes para los jóvenes, que además les brinda la oportunidad de ganar cierta independencia, conocer las reglas del juego; y, por otro lado, es una ocasión propicia en la cual los padres pueden hacer uso de su autoridad y seguir enseñando a sus hijos a someterse a las reglas sociales.

Estas circunstancias inevitablemente generan tensión en las relaciones de los adolescentes y sus padres, que sin embargo, al realizar un balance, resulta benéfica por los aspectos antes señalados. Se considera además, que a pesar de este tipo de conflictos, la mayoría de los adolescentes se sienten cercanos y con actitud positiva hacia sus padres, tienen valores similares acerca de problemas principales y le dan valor a la aprobación de éstos (J. P. Hill, 1987, citado en Papalia, 2000).

Otros investigadores que examinaron las interrelaciones entre hijos adolescentes y sus familias, encontraron que un desarrollo óptimo en la adolescencia se da en un contexto en el cual las relaciones familiares son de apoyo, en éstas, la familia no sólo reconoce que su hijo se está convirtiendo en adulto, sino que ayuda y alienta su crecimiento (Greenberg, Siegle y Leitch, 1983; Marcia, 1980; Mortimer y Lorence, 1980; Offer, 1969; Smith, 1976; Youniss y Smollar, 1985, citados en Worden, J. W., Silverman, P. R., Nickman, S., 1992). Estos mismos autores señalaron que los padres y otros miembros de la familia nunca tienen un papel pasivo en la adolescencia y formación de identidad de los jóvenes, es decir, pueden ayudar u obstaculizar, pero nunca permanecen neutrales ante el desarrollo del futuro adulto. De esta manera, el reto familiar es transformar las relaciones entre sus miembros, de tal manera que se logre un balance entre el contacto y la individuación de los hijos adolescentes.

Siguiendo esta línea de investigación, Melvin, Kohn y Eleonor (1965, citados en Vázquez, 1983), encontraron que los adolescentes que tienen una mejor relación con sus padres, manifiestan una tendencia a la autoestima más alta y auto-imágenes más estables, que aquellos que describen las relaciones con sus padres cómo más distantes. Los autores relacionaron estos hallazgos con los de estudios previos, donde los adolescentes de clase sociodemográfica alta gozaban de mayores posibilidades de tener relaciones más cercanas con sus padres que aquellos de las clases más bajas, por lo que estos últimos tenderán también a una imagen más devaluada.

Se considera que la discordia entre padres e hijos adolescentes por lo general aumenta durante la adolescencia temprana, se estabiliza durante la adolescencia media y disminuye después de que el joven ha cumplido los 18 años (Papalia, 2000). A pesar de que la mayoría de los conflictos entre padres e hijos adolescentes se resuelven de manera satisfactoria sin mayores dificultades, cuando los conflictos son severos y no pueden ser resueltos de manera fácil, los adolescentes corren el riesgo de tener problemas serios. En tales casos, la intervención psicológica y la consejería son recomendables. Para reducir las tensiones dentro del ambiente familiar en el cual hay uno o más hijos adolescentes, el papel de los progenitores es de gran importancia. Así mismo, el tipo de relaciones entre padres e hijos puede facilitar u obstaculizar la formación de la identidad de los adolescentes.

Como se expuso en el capítulo I, mientras más estable sea la retroalimentación que los jóvenes reciben y mientras mayor sea la aceptación y flexibilidad permitida en su conducta, en la misma medida se abrirá paso al proceso de individuación y al desarrollo de su personalidad (Worden, y cols. 1992).

Así mismo, el papel de la comunicación dentro del ambiente familiar, ha sido importante en el desarrollo de cohesión familiar. Se ha encontrado por ejemplo, que la divulgación emocional o las muestras de afecto y comunicación de sentimientos, que los hijos adolescentes (entre 12 y 15 años) hacían a los padres, se relacionaba con la percepción que éstos tenían de la apertura de comunicación que existía en su familia, cohesión familiar y satisfacción con las relaciones familiares. Los padres pueden favorecer o inhibir la comunicación con sus hijos. A algunos les resulta difícil escuchar y mantener un diálogo. A otros les cuesta acercarse y no crean la oportunidad para poder conversar juntos. Y otros, una vez que escuchan a sus hijos, fracasan en comprenderlos. No hay nada que haga sentir peor a un hijo, que haber confiado a su madre / padre un problema y que, en vez de encontrar consuelo, comprensión, encuentre desesperación, crítica o burla.

La falta de soporte social, procedente de familias desestructuradas, se ha relacionado con la conducta suicida de los adolescentes (Adam et al., 1982; Kerfoot, 1987; Botbol et al., 1988, citados en Villardón, 1993). Diversas investigaciones han comprobado que la integración familiar, como una forma de integración social, afecta a la tasa de suicidio en los adolescentes y también en los adultos (Guillón, et al., 1987; Kienhorst et al., 1990; citados en Villardón, 1993).

La función del soporte social como mediador frente al estrés, se presenta de manera diferente dependiendo de la etapa de la adolescencia en la cual se encuentren los jóvenes. Se ha descrito que los más jóvenes tienden a depender más de la familia, mientras que los adolescentes más grandes tienden a buscar más a un grupo de referencia o pares, quienes en gran medida proporcionan parte del apoyo que la familia brindaba (Seiffge-Krenke, 1998).

Sobre las bases anteriores y a manera de conclusión, se puede afirmar que algunos de los factores que median el impacto que los sucesos estresantes tienen en la salud, en la etapa de la adolescencia, son: las estrategias de resolución de problemas con que cuentan los jóvenes, una autoestima alta o buen autoconcepto; la sensación de que las situaciones son controlables (locus de control interno); la percepción de soporte social que tienen los jóvenes, el cual puede provenir tanto de familiares como de amigos u otros significativos, y este apoyo es percibido de manera diferente dependiendo de la edad de los adolescentes.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES CON ALTOS NIVELES DE ESTRÉS.

Hasta ahora se han abordado los factores protectores y las características de los adolescentes que logran hacer frente al estrés de una manera efectiva, sin importar que se trate de un ambiente altamente estresante. Ahora es el turno de abarcar ampliamente los factores de riesgo, entendiendo por éstos aspectos del estrés psicosocial y vulnerabilidad, que pueden influir en la alteración emocional del adolescente (Ampudia, 1998). El interés se centrará en el grupo de jóvenes que viven una serie de situaciones problemáticas o estresantes y que además no cuentan con factores de protección; este grupo se considera de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos o patologías asociadas a estados emocionales negativos. Revisemos más de cerca a qué se refiere dicha vulnerabilidad y susceptibilidad biológica-genética y psicológica.

Ámbito biológico

Dentro del ámbito biológico, se han mencionado factores que incrementan el riesgo al estrés y al desarrollo de conductas autodestructivas. Algunos de ellos son: las concentraciones pequeñas de

serotonina, el papel de los neurotransmisores en la aparición de conductas suicidas, los antecedentes heredo-familiares importantes con relación a la presencia de enfermedades psiquiátricas en la familia o en ellos mismos (Amaral, 1989; Lawrence et al., 1990, citados en Villardón, 1993); también las minusvalías sensoriales, motoras o corporales, las lesiones orgánicas cerebrales y la inteligencia subnormal (Rodríguez, 1995).

Ámbito psicológico

En lo que se refiere a características de personalidad, se han encontrado ciertos desórdenes tales como impulsividad (Rich y Bonner, 1991, citados en Villardón, 1993) o ansiedad (Mehrabian y Weinstein, 1985, op. Cit.), en individuos que han llevado a cabo intentos de suicidio, sin poder establecer si se trata de factores de riesgo o más bien de consecuencias de alguna alteración mental. De acuerdo con Seiffge-Krenke (1998), estos jóvenes tienden a presentar una personalidad relativamente inestable y bajos niveles de auto-confianza, lo cual, en ocasiones, los lleva a realizar evaluaciones poco adecuadas de la realidad. Por otro lado, se ha hecho mención al temperamento y la relación con su salud mental; si el temperamento del adolescente es nervioso o ansioso, le puede ser difícil enfrentarse a los sucesos cotidianos (Kendall y Williams, 1986, citados en Ampudia, 1998).

Hay también características cognitivas que hacen a los individuos más propensos a los efectos del estrés, ya que suponen un obstáculo al hacer uso de sus recursos de afrontamiento eficaz. Tal es el caso de la rigidez cognitiva (Neuringer, 1964; Rotheram-Borus et al., 1990; citado en Villardón, 1993), el pensamiento dicotómico (Neuringer y Lettieri, 1971; Schotte y Clum, 1982, op. Cit), la dependencia de campo (Levenson y Neuringer, 1974, Idem), una menor capacidad para la resolución de problemas (Schotte et al. 1990, Ibidem), las distorsiones cognitivas (aquellas ideas que posee el sujeto y que no corresponden a la realidad objetiva²) (Bonner y Rich, 1987, citado en Villardón, 1993) y el locus de control (Topol y Resnikoff, 1982, op. Cit.).

Poseer un bajo nivel cultural y económico también pueden considerarse factores de riesgo frente al estrés. La falta de información ocasiona incertidumbre y limita los recursos cuando una situación difícil se presenta, lo cual da origen a sentimientos de impotencia, rencor, así como vivencias de desamparo.

Se incluyen también los trastornos de personalidad, la intolerancia a la ambigüedad, la baja autoestima, poseer un carácter tipo A³, la personalidad blanda de Kobasa⁴, los comportamientos introvertidos, esquizoides, aislados y con dificultades para desarrollar redes de soporte social (Rodríguez, 1995).

De acuerdo a los resultados obtenidos en estos estudios, se considera que cuando se presentan conjuntamente ciertas características cognitivas en un mismo individuo, aumenta su vulnerabilidad al estrés, por lo que será también más probable que desarrolle algún tipo de patología, o incluso presente intentos suicidas si su nivel de estrés es alto (op. Cit.).

² Ellis Beck (1980) las llamó ideas irracionales o actitudes disfuncionales.

³ Rosenman y Friedman (citados en Rodríguez, 1995), clasificaron la personalidad en dos tipos A y B, de acuerdo a su relación con el estrés y la predisposición a enfermedad coronaria. El Tipo A posee un temperamento colérico, lo cual corresponde al tipo obsesivo y paranoide definido por la psiquiatría moderna; evidencian urgencia de tiempo, se esfuerzan por pensar y realizar varias cosas al mismo tiempo, tienen dificultades para disfrutar del ocio y esparcimiento y por lo general se sobrecargan de trabajo. Son aficionados a la perfección, perciben a los demás como incompetentes por lo que son ellos quienes realizan todo el trabajo, sin delegar. Es predispuesta a enfermedad coronaria, cefaleas, bruxismo, insomnio, fatiga psicológica, desarreglos digestivos, carcinoma de mama, abuso de tabaco y café.

⁴ Kobasa y cols. (op. Cit.) describieron dos tipos de personalidades en relación a las fuerzas de cada una para enfrentar las contingencias: personalidades blandas y duras. Las primeras encuentran la vida aburrida y amenazante, carente de significación, y utilizan principalmente actitudes evitativas y pasivas.

Los trastornos de personalidad caracterizados por baja autoestima, pobre control de impulsos e inestabilidad emocional, son más propensos a sufrir los efectos del estrés (la personalidad ansiosa, el sujeto tímido, el obsesivo, el histérico, el paranoico, entre otros) (idem).

Pobre capacidad de resolución de problemas: el afrontamiento ineficaz

Los adolescentes que presentan altos niveles de estrés, intentan reducir los efectos del mismo mediante estilos de afrontamiento pasivos o evitativos, que sin embargo, incrementan los niveles de depresión y resultan inefectivos para hacer frente a diversas situaciones, de manera que estos jóvenes se ven inmersos en un círculo vicioso de estrés-evitación-depresión-estrés, proceso en el cuál se profundizará más adelante.

De hecho, las investigaciones en torno al tema han coincidido en encontrar que el afrontamiento evitativo exacerba los efectos del estrés sobre la salud (Nolen-Hoeksema, 1987, citados en Seiffge-Krenke, 1998) y se asocia generalmente con una adaptación pobre (Ebata y Moos, 1994; op. Cit.) y síntomas depresivos (Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988 y Petersen 1993; Idem.). Mientras que lo contrario ocurre con los estilos de afrontamiento activos, que han sido evaluados como estilos eficaces de hacer frente a los problemas (Herman-Stahl et al, 1995, Ibidem).

Seiffge y Krenke (1998), encontraron que los adolescentes sanos utilizaban el afrontamiento evitativo y la retirada en raras ocasiones, y lo contrario ocurría en los adolescentes pertenecientes a muestras clínicas. El afrontamiento evitativo fue especialmente alto en respuesta a estresores relacionados consigo mismos, seguido de los relacionados con los pasatiempos, los estudios, los pares y los padres (Seiffge-Krenke, 1998). Resultó especialmente útil para diferenciar, por un lado, un grupo de adolescentes que se encontraban sometidos a altos niveles de estrés pero que no habían sido referidos a consejería; otro grupo conformado por adolescentes que se encontraban en algún tipo de psicoterapia (diagnosticados con depresión o problemas en las relaciones interpersonales) y un tercer grupo de adolescentes con historia de abuso de drogas; todos los cuales fueron identificados por su tendencia a la evitación.

Así, encontraron que el estilo de afrontamiento evitativo o retirada, fue la variable que más aportó a la discriminación intergrupos, seguida de las dimensiones de autoconcepto. Los adolescentes con depresión mostraban los rangos más elevados de conducta evitativa; los de abuso de drogas, los más bajos.

Esta diferencia en el uso del estilo evitativo entre jóvenes con características de depresión y aquellos que no las presentan, también se ha encontrado en otros estudios (op. Cit.), los cuales han confirmado que los adolescentes con desórdenes internalizados (Vgr. depresión) tienden a mostrar los rangos más altos de comportamiento evitativo; mientras que adolescentes con desórdenes externalizados (Vgr. abuso de drogas o delincuencia) muestran los rangos más pequeños de estas conductas, a pesar de que en ambos casos la diferencia es significativamente mayor que los jóvenes del grupo control (adolescentes sanos).

De esta manera, es posible concluir que la retirada o evitación es el estilo de afrontamiento predominante en adolescentes con un pobre ajuste psicosocial que tienden a internalizar sus síntomas y por lo tanto, manifestar síntomas de depresión.

Ámbito Social

✓ ***Déficits en el Apoyo y la Estructura de la Red de Adolescentes con estrés.***

Las relaciones sociales son de las actividades humanas más complejas, y pueden ser tanto fuente de estrés como de satisfacción. Los estresores diarios durante la adolescencia tienen que ver con las

relaciones con los padres, con los amigos y con las parejas. Muchos estresores mayores se relacionan con pérdidas y daño emocional en relaciones cercanas. Lazarus (1985) argumentó en contra de mantener únicamente la perspectiva positiva de las relaciones cercanas, pues las funciones del soporte social son contradictorias y múltiples.

Hay evidencia que sugiere que frente a un estresor crónico, el tamaño de las redes de apoyo disminuye con el tiempo (Kazak y Meadows, 1989, citado en Sheiffe-Krenke, 1998); así por ejemplo, se considera que a pesar de que los otros estén preparados para ser de ayuda en el inicio del estresor, su habilidad para ayudar declina conforme el estresor se instaura, como por ejemplo, en el caso de adolescentes con cáncer, el desempleo (Hammarström, 1990, op. Cit.), divorcio de los padres (Farber, Felner y Primavera, 1985; Idem) y/o maternidad a temprana edad (Coletta, Hadler y Gregg, 1981, Ibidem). Estudios de adolescentes desempleados y madres adolescentes, han descrito cómo este tipo de jóvenes tienen pocos amigos y se convierten en dependientes de la familia (Codega, Pasley y Kreutzer, 1990, Ibidem).

✓ **Relaciones con el Grupo de Pares.**

Los adolescentes con una historia de depresión y de estrés crónico en la familia, se orientan fuera de ésta y llegan a ser más activos socialmente con los pares (Compas, et. al. 1993).

Un análisis de las relaciones de amistad en los adolescentes con problemas, revelan que estos jóvenes tienen una visión atípica de las relaciones de amistad y expectativas poco realistas de la gente que conocen ya que tienden a considerarlos sus amigos y a sobrevalorar el apoyo que reciben de éstos y sus sentimientos de amistad, cuando en realidad no es recíproco el sentimiento, es decir, los otros a quienes han recurrido en busca de apoyo, ni siquiera los consideren sus amigos (Le Gaipa y Wood, 1981).

Estos autores también describen las dificultades que experimentan los adolescentes con un ajuste normal cuando se relacionan con sus pares deprimidos o tristes notando que sus interacciones estuvieron caracterizadas por tartamudeo, incertidumbre, tensión e incomodidad. Esta observación enfatiza que un aspecto fundamental del intercambio entre amigos en la adolescencia es la reciprocidad. De manera similar, al explorar las relaciones entre las habilidades sociales y el funcionamiento social saludable, Jonson (1991, citado en Seiffge-Krenke, 1998) argumentó que era más probable que los individuos libres de síntomas psicológicos negativos atrajeran o mantuvieran relaciones sociales positivas, que los individuos que presentaban tales síntomas. En un análisis longitudinal, encontró que era más probable que los lazos sociales fuertes se dañaran por el estrés psicológico comparados con los lazos menos cercanos, porque era más probable que los miembros de la red que se encontraban en relaciones cercanas a los adolescentes, llegaran a rebasar su límite al ser colmados por demandas de apoyo.

Cotterell (1994, op. Cit.) analizó la estructura de la red social de jóvenes con un ajuste normal y de aquellos con estrés, que pertenecían a la misma escuela. Encontró que los adolescentes con estrés tenían puntos de vista distorsionados acerca de la forma en que esa red de apoyo funcionaba. Así mismo, se encontró una falta de poder de discriminación en los adolescentes con estrés, que los guiaba a percibir cualquier atención de algún otro, como soporte social. Este grupo de adolescentes, reportaron en una proporción significativamente mayor, que sus relaciones de soporte social eran muy cercanas, también percibían su red de apoyo como formada por muchas personas, quienes les brindaban gran cantidad de apoyo.

Estos adolescentes tienen problemas al distinguir entre amigos y los conocidos, o entre proveedores de soporte formal e informal. Durante las entrevistas, estos adolescentes hacían referencia a muchos amigos cercanos que les brindaban mucho apoyo, a pesar de que estos amigos habían discontinuado la amistad tiempo atrás. Aparentemente estos adolescentes estaban evaluando su

necesidad de apoyo más que el apoyo que de hecho recibían. Tales percepciones erróneas se relacionaron con su historia de inseguridad en las relaciones. De acuerdo con Sroufe y Fleeson (1986, *Ibidem*), la percepción estable de apoyo se origina en la niñez temprana. Durante este tiempo, las experiencias de apoyo de los niños los guían a desarrollar modelos de los otros significativos y de las formas en que los otros se relacionan con ellos mismos. Las experiencias de apego seguro en la niñez, nutren la capacidad de experimentar intimidad emocional y de dar y recibir apoyo en la adolescencia.

✓ ***Déficit en el Soporte social: el Adolescente en Familias Disfuncionales***

La falta de soporte social y una grave disrupción en las relaciones cercanas son característica de la mayoría de adolescentes que conforman las muestras clínicas, es decir, de aquellos cuya sintomatología coincide con la de algún trastorno psicológico que requiere ayuda profesional.

Como se mencionó anteriormente, la familia es el núcleo principal en el cual se recibe protección, cuidados y una identidad que se va consolidando y formando hasta el término de la adolescencia. Sin embargo, cuando las relaciones cercanas que tiene el adolescente con sus padres y hermanos no son adecuadas, tampoco podrán ser una fuente de apoyo para los jóvenes, y por el contrario, sí origen de estrés que contribuye al desarrollo de psicopatología.

Kaplan y cols. (1995, citados en Ampudia, 1998), refieren que la familia es un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, por lo que la interacción familiar y su relación con la patología de un miembro de la misma, es un factor que no se puede negar. Así por ejemplo, en padres de adolescentes delincuentes, se encontraron características de negligencia emocional, abuso (físico y/o sexual) y comportamiento desviado (Farington, 1989, en Seiffge-Krenke, 1998).

Al investigar los antecedentes de adolescentes que conformaban muestras clínicas, se encontró en la mayoría de ellos, algún tipo de patología familiar particular. Por ejemplo, los adolescentes deprimidos describían a sus padres como hostiles, autoritarios, rechazantes y poco afectivos; y en otras investigaciones se encontró que el rechazo de los padres y el control psicológico de las madres eran los mejores predictores de síntomas de depresión en los adolescentes (Baron y McGillivray, 1989, op. Cit.).

En otras investigaciones, Moos y Moos (1990, citados en Ampudia, 1998), encontraron una relación entre la cohesión familiar y los eventos estresantes. Cuando dentro de la familia existía uno o varios miembros alcohólicos, la cohesión fue mayor cuando los integrantes de la familia reportaron haber tenido más eventos positivos que negativos; por el contrario, cuando las discusiones familiares eran frecuentes, también incrementaba el número de eventos estresantes dentro de dicha familia. Esta investigación pone de relieve la importancia de la cohesión familiar para contrarrestar los eventos estresantes.

También se han llevado a cabo investigaciones en adolescentes mexicanos, con el fin de evaluar la importancia y calidad del ambiente familiar y su relación con la salud mental de los jóvenes.

González-Forteza y Andrade Palos (1995) llevaron a cabo una investigación con 423 adolescentes de escuelas secundarias de la ciudad de México, y encontraron que existe una estrecha relación entre el afecto, comunicación y control de los adolescentes y sus familias, con cada uno de sus padres; es decir, que si el padre y la madre se muestran afectuosos, también tienden a comunicarse con su hijo y a estar al tanto de las relaciones extrafamiliares de su hijo adolescente. Se encontró también que tanto para hombres como para mujeres adolescentes, la comunicación y calidad de relación con la madre era significativamente importante para que ellos prefirieran el apoyo por parte de la familia al

de los amigos. Así mismo, la comunicación con la madre y la preferencia por el apoyo familiar, resultaron factores protectores contra el afecto negativo.

El círculo vicioso de los adolescentes con estrés: Falta de soporte social, afrontamiento disfuncional y sintomatología.

A pesar de que tener conciencia de cuáles son los factores de riesgo permite identificar a los individuos que tienen mayores probabilidades de presentar problemas de salud, no se debe olvidar que la vivencia del estrés y sus consecuencias son un proceso de relaciones y no características aisladas. De esta manera, el interés debe enfocarse en la búsqueda de los procesos y mecanismos que traen consecuencias negativas a la salud y la forma en que se originan esos procesos.

A esta interacción de relaciones es a lo que en este apartado se le ha llamado el círculo vicioso, y que se presenta en los adolescentes que experimentan altos niveles de estrés. A continuación se intentará explicar cómo se produce tal fenómeno.

De acuerdo con Rodríguez (1995), en el sinergismo positivo se suman los valores del buen estrés. Es decir, cuando un evento positivo ocurre, vendrán asociados una serie de eventos igualmente positivos; por ejemplo, un atleta que compite en una competencia, gana un buen lugar, luego es aplaudido y celebrado su triunfo, luego recibe un premio. Sin embargo, también ocurre lo contrario, los estresores negativos se suman en la sinergia negativa (op. Cit.). De tal manera que los eventos negativos traen asociados una serie de eventos igualmente negativos; por ejemplo, cuando se presenta un conflicto de tipo marital, éste se extiende a la vivienda, al trabajo y puede incluso ocasionar problemas legales.

Lo mismo ocurre en la adolescencia, con los eventos de vida y los estilos de afrontamiento que se utilizan en cada caso. Por describir un ejemplo, se presenta el siguiente. Sería adaptativo que un adolescente cuyas relaciones familiares son negativas, intentara compensar la falta de apoyo que pudo haber obtenido de su familia, con el apoyo por parte de los amigos, otros parientes u otros adultos. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, una característica que se ha observado consistentemente, es la actitud contraria; los adolescentes que presentan estos síntomas de estrés y falta de apoyo, tienden a mostrarse evitativos y pasivos ante el resto de sus relaciones y en general hacia las dificultades que se les presentan. En apariencia estos jóvenes utilizan la evitación sin importar de qué tipo de problema se trata.

Sin embargo, si se investiga en el tipo de relaciones que han rodeado a estos adolescentes, se encontrará que las posibilidades de que estos adolescentes carezcan de habilidades sociales y personales que les permitan adoptar diferentes estilos de afrontamiento, es muy alta. Es posible entender esta falta de habilidades en los adolescentes con problemas, si se toma en cuenta que aquellos que tienen relaciones negativas con parientes y amigos, son más propensos a perder la oportunidad de aprender habilidades sociales específicas. De esta manera, se puede comprender porqué la historia de apego de estos adolescentes, persiste en el resto de sus relaciones sociales, de tal forma que si el apoyo en la familia inmediata es bajo, el apoyo por parte de otros miembros de la familia y amigos, también tenderá a ser bajo.

Tales déficits en las relaciones y en la utilización de la red de soporte social está relacionado con su estilo de afrontamiento disfuncional. Aunado a ello, el esfuerzo que pudieran llevara cabo los adolescentes con estas características, de encontrar un sustituto que brinde un apoyo real, se ve obstaculizado por su estilo de afrontamiento evitativo y por relaciones sociales que no le han permitido desarrollar habilidades y que tampoco permiten esa búsqueda de apoyo externa.

La acumulación de estresores, un estilo de afrontamiento disfuncional y los déficits en las relaciones, crean un círculo vicioso, que contribuye a incrementar la sintomatología del estrés. Queda claro

también que los procesos compensatorios son extremadamente difíciles de realizar en adolescentes de muestras clínicas, especialmente si este círculo vicioso ha existido por algún tiempo (East y Rook, 1992; Stocker, 1994, Sheiffe- Krenke, 1998).

De esta manera, se observa cómo lo que constituye un factor de protección en muestras "normales" (la forma de afrontar y utilizar el soporte social), se convierte en un factor de riesgo en la muestra clínica, es decir, exacerba los efectos del estrés. Lejos de afrontar el problema de forma directa, un estilo de afrontamiento evitativo, es al menos un medio de afrontar los síntomas, la emoción negativa que produce la falta de apoyo, y reestablecer momentáneamente el equilibrio emocional, ya que, como se mencionó anteriormente, la evitación se asocia a la larga con síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 1987, citados en Seiffge-Krenke, 1998; Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988 y Petersen 1993; Idem). Esto concluye y cierra, el ciclo estrés-evitación-depresión-estrés.

3.4 SUCESOS ESTRESANTES Y EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA EN LA ADOLESCENCIA.

Existen múltiples variables para explicar la conducta humana: factores psicosociales, enfermedades, estrés, anomalías a lo largo del desarrollo de carácter adquirido, etc. De acuerdo con diversos autores (Civeira, A. Pérez-Poza y L. Sarasa, 2001), este último campo de factores ambientales que no son heredados, es el que mas información nos depara en el momento actual sobre la personalidad (50% de la varianza), las habilidades cognitivas (30% de la varianza) y la aparición de psicopatología (entre un 50% y un 100% de la varianza).

De acuerdo con lo revisado en el capítulo II, determinados acontecimientos vitales o la frecuencia de ocurrencia de los mismos, pueden conllevar una serie de vivencias cotidianas estresantes, que potencialmente tienen la capacidad de colocar al individuo en riesgo de padecer algún desorden psicológico. Estas bases teóricas aunadas a las empíricas que enriquecían el campo, han llevado a los investigadores a desarrollar gran cantidad de estudios acerca de los factores de cambio en el ciclo vital y el consiguiente estrés y conducta de enfrentamiento resultantes.

El estrés y el cambio es lo único constante en la vida, desde que nacemos hasta que morimos. Para un niño, el divorcio de sus padres, el tipo de vecinos o la calidad del colegio al que acude, generan reacciones diversas y lo exponen en distintos momentos del desarrollo a los efectos del estrés, que pueden dar lugar a sufrimiento, conductas inadecuadas y/o aparición de enfermedades mentales. Por mencionar un ejemplo de dichos efectos del estrés sobre la salud, sobre una muestra de 1000 pacientes en las consultas de psiquiatría infantil, un 25% presentan asociación cronológica entre cambios vitales y aparición de psicopatología (op. cit.).

Como se mencionó en un principio, la adolescencia es un período del desarrollo caracterizado por cambios, que se suceden rápida y constantemente. Pese a esta intensidad en el vivir cotidiano, la mayoría de las personas transitan por la adolescencia y llegan a la edad adulta sin desarrollar problemas psicológicos o físicos mayores; de hecho, la prevalencia de psicopatología en esta etapa no es mayor comparada con la de otros grupos de edad (Earls, 1986, Idem.). Sin embargo, algunos adolescentes desarrollan historias de problemas de salud, ya sea de forma transitoria o crónica, que se intensifican en los años de la vida adulta.

Todos los adolescentes tienen preocupaciones que afectan de forma significativa sus vidas. Hay evidencia clara de que la manera en que se presentan estos cambios y la manera como son percibidos por los jóvenes, tiene repercusiones en el estrés que experimentan. Un ejemplo claro lo constituye la investigación llevada a cabo por Johnson (1986, Ibidem) quien al analizar los eventos de vida estresantes en la adolescencia, reportó una media en el puntaje de 9.26 eventos críticos (estresores no normativos) en muestras psiquiátricas, comparadas con 2.13 en muestras típicas o "normales" de adolescentes.

También conviene considerar que en esta etapa de la vida, los problemas psicológicos y de salud mental pueden agravarse o hacerse evidentes, sin perder de vista que el origen de los mismos muy probablemente se encuentre en los años de la niñez.

A este respecto, McKinney, et al. (2000) consideran que es de primordial importancia rescatar el enfoque preventivo de las afecciones mentales infantiles y de la adolescencia, pues son principalmente las "Alteraciones subclínicas" o los "Cuadros clínicos incompletos", los que hacen sufrir tanto a los jóvenes que las padecen como a sus padres y hermanos, si bien en los periodos iniciales es posible que no exista búsqueda de ayuda psicológica, consideran que es muy posible que en el futuro, cuando esos niños sean adultos, se conviertan en consumidores excesivos de recursos de salud mental (o bien, en adultos trastornados que no buscan ayuda). Estos autores afirman que una atención precoz de esta psicopatología subclínica podría evitar el sufrimiento personal y mejorar el rendimiento socio-familiar.

A través de investigaciones dirigidas a grupos específicos de población se ha encontrado que algunos de estos grupos presentan un alto riesgo para la aparición de sintomatología psiquiátrica en un futuro inmediato. En particular, estos estudios han detectado dos grupos de población con riesgo para padecer patología depresiva: El grupo de los hijos de padres con trastornos depresivos y el de niños o adolescentes con sintomatología depresiva elevada, pero subdiagnosticada.

Este grupo de alto riesgo, el de los adolescentes con altas puntuaciones de psicopatología sin que necesariamente lleguen a constituir un grupo clínico, parece representar a una proporción importante de la población (op. Cit.). Por ejemplo, según Roberts et al. (1990, Idem), entre un 12% y un 31% de adolescentes de la población general pueden ser considerados como portadores de una elevada sintomatología depresiva. Además, Johnson et al. (1992, Ibidem) encuentran que, en la población adulta general, los servicios de salud se relacionan principalmente con síntomas depresivos subdiagnósticos, más que con síntomas de un diagnóstico clínico completo de depresión mayor o distimia. Estos datos sugieren que ciertamente es necesaria una mayor atención clínica y de investigación para los adolescentes con síntomas depresivos subclínicos.

Los adolescentes con un alto nivel de estrés, que no han sido referidos a tratamiento psicológico también muestran características identificables; su conducta oscila entre la evitación y aproximación, mostrando una gran inseguridad y ambivalencia y dificultad en toma de decisiones, entre el buscar o no el apoyo profesional. Los adolescentes de este grupo, a pesar de no mostrar problemas de salud, reportaban problemas graves con sus padres, amigos del mismo sexo, parejas, así como síntomas de depresión, tedio, ansiedad o nerviosismo (Seiffge-Krenke, 1998).

Estudios longitudinales han demostrado que existe una relación entre los acontecimientos vitales estresantes y conflictos familiares, delincuencia, conductas autodestructivas y aislamiento social (Gershem, Langer y Osrec, 1974, citados en Frydenberg y Lewis, 1997). De esta manera, se ha encontrado una correlación positiva entre la existencia de sucesos estresantes negativos y ciertos rasgos de psicopatología en general (Rabkin, 1982, citado en Villardón, 1993), y con algunas afecciones específicas como la esquizofrenia (Spring y Conos, 1982, op. Cit.).

Se ha encontrado también que los sucesos de vida estresantes se relacionan con el desarrollo físico y la enfermedad mental (Ampudia, 1998). En otras investigaciones, de acuerdo con Compas, Hinden y Gerhardt (1995) los jóvenes que durante la adolescencia presentaron características de un funcionamiento adaptativo estable, atravesaron dicho período en ambientes de bajo riesgo; mientras que los adolescentes que por el contrario, mostraron durante este período un funcionamiento maladaptativo estable, eran individuos que entraron a la edad adulta con una historia de problemas y desórdenes, y que estuvieron expuestos a estrés crónico, percibían su entorno lleno de adversidad y carecían de recursos personales y habilidades sociales.

Cuando el nivel de estrés al cual están sometidos los individuos es muy alto y no encuentra factores que amortigüen sus efectos en la salud, las condiciones pueden llegar a un grado en el cual el riesgo de cometer suicidio es muy alto. Las condiciones en las cuales se encuentran estas personas incluyen características que se han englobado bajo el nombre de estado mental suicida. Las variables que se han asociado a este estado son: la depresión, aspecto que más se ha relacionado con altos niveles de estrés y conducta suicida; la desesperanza, la cual consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo; la baja autoestima, que incluye una visión negativa de sí mismo, con pocas capacidades para afrontar diversas situaciones y salir adelante; la soledad o falta de apoyo percibido; y la falta de razones para vivir. Todo ello, en grados extremos y bajo tensiones de estrés, ocasiona que la salida suicida sea evaluada como positiva y en algunos casos única escapatoria para resolver los problemas (Villardón, 1993).

Los jóvenes que optan por la muerte lo hacen porque no son capaces de afrontar sus problemas en unos momentos en que son vulnerables a las presiones y a la incertidumbre (Frydenberg y Lewis, 1997). Por esto, la conducta e intentos suicidas son de los eventos que ha atraído más la atención de los investigadores de la adolescencia dada la relevancia de su estudio así como el aumento en su incidencia; de ahí que esta línea de investigación haya generado un gran aporte en el estudio de los eventos de vida que resultan de mayor impacto en este período evolutivo.

De acuerdo a la literatura revisada, se pueden recopilar algunos de los eventos de estrés psicosocial que con mayor frecuencia se han relacionado con la ideación e intento suicida, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- La pérdida de alguno de los padres, ya sea por muerte, divorcio o separación de los cónyuges (Hafen y Frandsen, 1986, en Villardón, 1993). Esto puede originar consecuencias negativas en la estabilidad del ambiente familiar (Adam et al, 1982, idem), en especial si no se tiene suficiente soporte social (Wasserman y Culberg, 1989, Ibidem).
- Las relaciones familiares conflictivas también constituyen una fuente importante de estrés. Se ha encontrado que las disputas familiares, las relaciones padres-hijos perturbadas, el abuso sexual y físico y las actitudes parentales hostiles promueven conductas autodestructivas en los hijos (Spirito, Brown et al, 1989; Husain, 1990; Lester, 1990, Ibidem). Una fuente común de estrés en niños y adolescentes es la exposición a los conflictos entre padres, situación que se considera un buen predictor de la adaptación emocional durante la adolescencia (Holmes y Rahe, 1967, citados en Nilzon, Kjell R.; Palmerus, Kerstin, 1997). Los adolescentes que se desarrollan en un ambiente de conflictos o divorcio, son más vulnerables a la depresión (Rastam, 1991; Spigelman y Spigelman, 1991, op. Cit.)
- La conducta suicida en la familia también se ha señalado como un suceso importante relacionado con la presencia de ideación o conducta suicida (entre otros, Garfinkel et al., 1982; Botbol et al, 1988; McKieghen, 1989; Ibidem). Este tipo de hallazgos pone de relieve la influencia de variables tanto genéticas como ambientales y de aprendizaje e imitación de conductas; y aunque existe disputa respecto de la importancia relativa de estas variables en la conducta suicida, no se puede negar su existencia e influencia, siempre en interacción con otras variables.
- El padecimiento de una enfermedad importante, grave o crónica también se ha relacionado con conducta suicida en la adolescencia (Jacobs, 1980; Petzel y Riddle, 1981; McKeighen, 1989; Ibidem), ya sea del joven o de algún familiar (Brent et al, 1990, Ibidem). Una de las enfermedades que más se ha relacionado con el suicidio es el alcoholismo; pues provoca graves consecuencias para los hijos.
- El embarazo no deseado y las desilusiones amorosas son también factores considerados como precipitantes de comportamiento suicida (Otto, 1972; Ibidem).
- Las dificultades económicas en la familia se asocian a estrés, inestabilidad, inseguridad, etc. El desempleo se ha asociado con el perfil del suicida (Peck, 1987, Ibidem).
- Rodríguez (1985), llevó a cabo investigaciones con adolescentes suicidas en 1983, y encontró que de 48 adolescentes que conformaron la muestra, el 35% de ellos alegó conflictos amorosos;

el 10% problemas escolares; el 37.5% tenían una mala relación con sus padres y el 72% de ellos formaban parte de familias disfuncionales o incompletas.

- En estudios llevados a cabo con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), encontraron que el principal factor de riesgo en la conducta suicida en los hombres, es el ambiente familiar disfuncional: discusiones y prohibiciones, así como el estrés percibido ante conflictos con familiares y amigos, respuestas de enfrentamiento agresivas y baja autoestima; mientras que en mujeres, se presentaban como factores de riesgo, además del ambiente familiar disfuncional, el sentirse en desventaja con sus amigos (as), la baja autoestima, la impulsividad, la mala comunicación con la madre, la percepción de que su papá no se interesaba en sus contactos sociales y el preferir aislarse en situaciones problemáticas.

Los resultados de estas investigaciones dejan claro el papel tan relevante que lleva a cabo la familia, como fuente de estrés en la vida de los jóvenes.

No todas las preocupaciones son tan angustiantes como para llevar a pensar en el suicidio; muchas son inquietudes menores que requieren ajustes mínimos. En algunas investigaciones llevadas a cabo con adolescentes latinos, Casullo (1998) elaboró una escala de Sucesos de Vida, basada en el RLCD (Recent Life Change Questionnaire), elaborado por Rahe en 1975. y en la escala SRE (Schedule of Recent Events), diseñada por Holmes y Rahe en 1967. La escala constituida por Casullo (1998) consta de 50 ítems, con una forma de respuesta de 5 puntos tipo Likert, que consta de las siguientes opciones: 1: si el suceso no tuvo ningún impacto emocional. 2: poco, 3: algo, 4: bastante y 5: mucho. Los 50 ítems de la escala estuvieron divididos en las siguientes 7 áreas: familia, salud, trabajo, problemas personales, escuela, afectos de pareja y el área legal.

En este estudio, encontraron que los sucesos marcados con mayor frecuencia como generadores de un gran impacto emocional, fueron: muerte de algún abuelo, estar separado de un ser querido, confusión vocacional, enfermedad física seria de la madre, graves discusiones con el padre o la madre, pensar en quitarse la vida y problemas personales con algún docente. Los que aparecieron con mayor frecuencia como generadores de estrés fueron: confusión vocacional, problemas para aprender en la escuela y problemas con algún docente. De ahí se concluyó que para este grupo de adolescentes argentinos, los sucesos más estresantes se relacionaban con los contextos familiar y escolar.

Investigaciones llevadas a cabo con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1997) analizaron el nivel de estrés psicosocial percibido por los estudiantes en tres áreas de la vida potencialmente significativas en los adolescentes (secundaria y bachillerato): la familia, los amigos y la escuela. Encontraron que el nivel de estrés percibido fue significativamente mayor en las mujeres. Así mismo, en ambos sexos, el área con más alto nivel de estrés fue la "traición del mejor amigo (a)", seguida de las "prohibiciones parentales" y de los "problemas con las autoridades escolares". De esta manera, de acuerdo a los análisis estadísticos, el perfil de indicadores sociodemográficos de riesgo fue el siguiente: ser mujer, estudiante de educación media superior, no haber sido estudiante de tiempo completo el ciclo escolar anterior, y que la mayor parte de su vida haya vivido en zonas urbanas. Esto demuestra la existencia de factores de riesgo y el tipo de población a la cual debe darse prioridad en los esfuerzos preventivos.

En otras investigaciones con adolescentes mexicanos, González-Forteza, Andrade, P. y Jiménez, A. (1997), exploraron la adecuación de los modelos del estrés como un proceso dinámico, así como la respuesta de enfrentamiento y malestar emocional, a fin de identificar diferencias por nivel socioeconómico bajo y medio, en una población representativa de adolescentes del sur de la ciudad (13 a 18 años). Para ello, evaluaron las áreas familiar, social, y de la sexualidad, y encontraron que el estrés psicosocial evaluado correlaciona significativamente con respuestas de afrontamiento agresivas (encubierta, manifiesta) así como con evitación. De aquí, concluyen que el estudio del

estrés psicosocial en adolescentes es una línea adecuada de investigación que se relaciona con la ideación suicida y sintomatología depresiva.

Compas, Davis y Forsythe, (1987), encontraron que la disfunción psicológica y los eventos estresantes se relacionaban de manera diferente dependiendo del subtipo de evento de que se trate; en la adolescencia, la relación entre síntomas psicológicos se relacionaba únicamente con eventos relativos al distrés, la desviación y los asuntos con sus padres y familia.

A pesar de que existen diferencias individuales debidas a la evaluación y los estilos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1985), se ha demostrado que los eventos de vida relacionados con la familia, pueden ser predictores significativos de la cantidad de estrés en adolescentes y adultos (Holmes y Rahe, 1967; Holmes y Masuda, 1974, citados en Nilzon, Kjell R.; Palmerus, Kerstin, 1997).

Riesch, Susan K.; Jacobson, Gloria A, (1994) llevaron a cabo un estudio con adolescentes (n = 847) entre 11 y 14 años, en el cual, a través de preguntas abiertas y en las propias palabras del adolescente, los jóvenes debían enlistar todos los eventos que hubiesen ocurrido en la familia, que ellos sintieran que fue difícil hacerles frente, y que hayan tenido efectos negativos duraderos. Para dicho estudio, tomaron en cuenta los adolescentes de raza blanca, ciudadanos de clase media, y encontraron, a través de un análisis de contenido de sus respuestas, que los eventos familiares que habían ocasionado estrés a esta muestra de jóvenes, se podían dividir en los siguientes temas:

- Sentimientos de pérdida debidos a: muerte de algún familiar, divorcio, cambio de vivienda o algún hermano que abandona el hogar.
- Sentimientos de amenaza hacia las relaciones familiares o hacia la integridad personal o familiar, relacionados con la salud personal o familiar, la seguridad y el bienestar personal o familiar.
- Violencia: sentimientos de presión y molestia debido a las expectativas de sus padres, a los límites impuestos y a los desacuerdos y conflictos con los hermanos.

Estos resultados sugieren que los adolescentes, incluidos los más jóvenes, adquieren conciencia de los eventos que ocurren en su familia y los efectos y las consecuencias de los mismos, incluso años después de ocurrido el evento.

En otros estudios relacionados con los eventos estresantes en la adolescencia relacionados con la familia, Anable (1991, op. Cit.) sugirió que el divorcio se encuentra entre uno de los eventos más estresantes a que se enfrentan, lo cual da como resultado sentimientos de rechazo, depresión, enojo y culpa. Wallerstein (1991, Idem) encontró que algunas de las consecuencias a largo plazo, como manifestaciones de los efectos del divorcio de los padres, durante la niñez/adolescencia de los hijos, eran: la depresión crónica, el comportamiento agresivo, el abuso de sustancias y la falta de habilidad para entablar relaciones íntimas duraderas.

Otros factores de riesgo para la emergencia de problemas emocionales en los adolescentes, incluyen el tener padres enfermos y/o adictos a sustancias (drogas lícitas o ilícitas). Civeira, A. Pérez-Poza y L. Sarasa (2001) en investigaciones con jóvenes entre 13 y 18 años de edad, encontraron que tener a los dos padres enfermos se asocia con mayor probabilidad de ser diagnosticado de alguna enfermedad mental en la adolescencia. De igual manera, encontraron que si ambos padres padecen abuso de sustancias el 12% de los hijos también lo padecen, si además los padres padecen de trastorno por ansiedad otro 17% de los hijos abusa de sustancias psicoactivas y si además tienen cambios de ánimo otro 13% padece abuso de sustancias. Si la comorbilidad afecta a sólo uno de los padres, las cifras se reducen a la mitad.

Las investigaciones que se han llevado a cabo en población adolescente con respecto al estrés, son múltiples y muy variadas. A lo largo de este apartado se han mencionado algunas que se consideran

importantes, a continuación se esquematizan otras que se han llevado a cabo en materia de estrés y su medición, con población adolescente.

Autor (es)	Variables-Objetivo	Conclusiones
Hussey e Ingle (1977, citado en Riesch, Susan K.; Jacobson, Gloria A., 1994)	Desarrollo y utilización de un instrumento para medir los eventos de vida en adolescentes. Desarrollado para englobar los eventos de vida mayores, subrayados por la literatura.	La Escala de Eventos de Cambio en la vida de los Adolescentes (Adolescent Life Change Event Scale, ALCES), ha sido utilizada para evaluar eventos de vida relacionados con ideación e intento suicida, bajo rendimiento académico, ausentismo escolar y cambios en la salud (Jackson, 1982, op. Cit.).
Compas, Slavin Wagner y Vannatta (1986)	Estudiaron la relación entre los eventos de vida mayores, el soporte social percibido y los trastornos psicológicos en una muestra de adolescentes de E.U.A.	Encontraron que ni los eventos positivos ni el número de personas que brindaban apoyo al adolescente, se relacionaron con la intensidad con que se presentaban los síntomas psicológicos; los eventos de vida negativos y la satisfacción con el soporte social percibido, sí se relacionaron de manera significativa e independiente, con la intensidad en que se presentaban dichos síntomas. La relación entre estas variables estuvo mediada por el género, el tipo de eventos y la anticipación del cambio en el ambiente psicosocial.
DeLongis, Folkman, y Lazarus, (1988)	Relación entre los eventos de vida mayores y la dinámica familiar, con el desarrollo y problemas de ajuste durante el período de la adolescencia.	Se encontró una relación directa entre ellos. La relación fue especialmente importante entre los eventos de vida mayores, las molestias diarias y los estados de ánimo disfuncionales.
González-Forteza, Palos (1995)	La calidad de la relación con los padres y su relación con el apoyo familiar percibido por parte de los padres, amigos o de nadie; así como la relación con la sintomatología depresiva e ideación suicida.	En ambos sexos, la dimensión de afecto, comunicación y control del padre se interrelacionaron con los de la madre. Para buscar ayuda consejos y consuelo, la preferencia por los amigos o por nadie estuvo en relación inversa con la preferencia por el apoyo familiar. La comunicación y apoyo familiar se relacionaron negativamente con el malestar emocional, y lo contrario ocurrió cuando no existía apoyo.
DeLongis y cols. (en Ampudia, 1998)	Estrés cotidiano, problemas de salud: dolor de cabeza, espalda, etc.	Aquellos que reportaron falta de soporte social y baja autoestima, fueron los que reportaron mayor incidencia de problemas emocionales y somáticos.
Sandler, Reynolds, Kliever y Ramírez (1992)	Relaciones entre los sucesos de vida y la sintomatología psicológica.	Los efectos estresantes a los que se enfrentan los niños y adolescentes, pueden tener un efecto específico en síntomas de desorden emocional y psicológico. Los efectos del estrés en los adolescentes provienen principalmente de la muerte de un ser querido.
Mullis, Ronald L.; Youngs Jr., George A. (1993)	Determina si la diferencia en la construcción y la puntuación de las escalas de eventos de vida estresantes para adolescentes arrojan diferentes resultados. Los métodos de puntuación evaluados incluyen la frecuencia, sumatoria y promedio, como indicadores de estrés positivo, estrés negativo y una combinación de ambos.	La frecuencia de los eventos de vida y su intensidad promedio fueron medidas distintas y de igual importancia al evaluar el estrés en adolescentes. Estos resultados apoyan el uso de modelos tanto orientados en el estímulo como de modelos orientados en la cognición en la construcción y obtención de puntuaciones del estrés en la adolescencia.
Nilzon, Kjell R. y Palmerus, K., (1997)	Determinar la influencia de los factores familiares en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes tempranos.	Encontró diferencias significativas entre las familias del grupo DA (depresión ansiedad) y las del grupo control, con respecto a: mayores conflictos sucesos estresantes, patrones de sobreprotección, falta de cohesión familiar y problemas familiares.

Autor (es)	Variables-Objetivo	Conclusiones
González-Forteza, Andrade Palos y Jiménez (1997).	Evaluaron la relación entre el locus de control, la autoestima e impulsividad – como recursos psicológicos- que intervienen en la evaluación cognoscitiva de estresores cotidianos familiares y sociales en adolescentes mexicanos.	Encontraron diferencias de género en la cual los varones tienden a actuar de manera más impulsiva, y a atribuir los éxitos y fracasos a la suerte; que el caso de las mujeres.
Plunkett, Henry y Knaub (1999)	Examinaron a 77 adolescentes rurales y de rancherías de E.U.A., para examinar las relaciones de variables demográficas, eventos estresantes en la familia y estilos de afrontamiento de las familias de los adolescentes, y su relación con la adaptación de los mismos.	Encontraron que las transiciones de edad y del ciclo de la familia se relacionaron (+) con el estrés percibido por los jóvenes. Las mujeres reportaron mayor estrés familiar. La frecuencia de crisis de la granja así como el uso de sustancias por la familia, se relacionaron con estrés, mientras que la búsqueda de apoyo espiritual se relacionó (-).
González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999).	Estudio realizado con adolescentes mexicanos, en el cual se exploraron los factores protectores y de riesgo, con respecto al estrés y la conducta e ideación suicida.	Hubo diferencias por género, ya que encontraron que los factores protectores frente al estrés y la conducta suicida en hombres fueron: alta autoestima asociada con locus de control interno, y la percepción de que sus padres establecen una buena reacción con ellos; para las mujeres dichos factores protectores fueron: autoestima con locus de control interno en el caso de los éxitos; percepción de que sus padres establecen una buena relación con ellas y el percibir apoyo real cuando buscan ayuda, consejos y/o consuelo.
Larsson BS (1991, citado en J. M. Civeira, A. Pérez-Poza y L. Sarasa, 2001).	Investigaron acerca de las relaciones entre quejas somáticas y síntomas depresivos en un grupo de adolescentes suecos de 13-18 años. Se seleccionaron 3 tipos de muestras: una muestra de niños y niñas normales pero con dolores de cabeza, otra sin ellos, y un grupo de niñas con patología psiquiátrica.	Los adolescentes del grupo psiquiátrico refirieron síntomas somáticos más frecuentes y severos. Correlaciones significativas entre el grupo somático y los síntomas depresivos. Problemas más comunes: dolor de cabeza, dolor abdominal, alteraciones del sueño y problemas gastrointestinales; la queja más común era el cansancio. En el grupo de "normales", las chicas reportaron más síntomas somáticos que los chicos, y en ambos las quejas fueron en mayores de 13 años. Las relaciones entre síntomas somáticos y depresivos son más fuertes, en orden ascendente, para adolescentes con dolor de cabeza, grupo escolar, y muestras psiquiátricas. Las quejas físicas pueden reflejar un modelo o trastorno depresivo, aunque la relación no está clara.
Halsband, Sergio A. (2002).	Investigó la relación entre el estrés y la esquizofrenia.	El estrés es una variable interviniente tanto en el desarrollo de la esquizofrenia como en su evolución posterior; de ahí que el tratamiento y prevención incluya detectar a la población en riesgo (esquizotaxia), reducir la exposición al estrés y amortiguar sus efectos. Hay formas de esquizofrenia en la cual es mayor la vulnerabilidad genética y otras en que es mayor la intervención ambiental, teniendo que ver en esto las manifestaciones clínicas y la edad de aparición. Estímulos estresantes lo suficientemente fuertes, pueden dar origen a esquizofrenia o cuadros similares, si hay vulnerabilidad genética implicada, aunque no sea ésta determinante de la enfermedad.

Desde los primeros estudios de sucesos estresantes que dieron origen a escalas, sale a relucir la importancia de las diferencias individuales en el estudio del estrés, tanto en la percepción, evaluación y enfrentamiento, así como el papel de la sociedad en la promoción de tales diferencias. Algunas de

estas investigaciones ponen también de relieve el papel de la autoestima y el soporte social como factores de protección frente al estrés.

De esta forma, queda claro que no se puede tomar en cuenta al estrés como un fenómeno aislado, sino que se trata de una vivencia subjetiva, producto de un conjunto de relaciones entre variables bio/psico/sociales, dado que esa es la naturaleza del ser humano. Así mismo, resulta evidente la importancia del estudio del estrés y sus implicaciones en la salud, en el período de la adolescencia, observando las diferencias individuales y los mecanismos y procesos en que se presenta y se enfrenta el estrés. De esta manera, la presente investigación pretende retomar elementos individuales (autoestima) y familiares (indicadores de conflicto en esta área) durante el período de la adolescencia, desde una perspectiva fenomenológica, con el fin de entender un poco más el fenómeno del estrés en este período del ciclo vital.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 JUSTIFICACIÓN

México es un país de jóvenes; más de la mitad de su población la constituyen niños, adolescentes y adultos entre 5 y 29 años de edad (INEGI, 2000); mismos que constituyen la base más sólida de nuestro futuro, ya que ellos son los próximos dirigentes, empresarios, maestros, investigadores, etc., que enfrentarán los retos del mañana; de ahí la importancia de cuidar la salud mental de esta población.

Dentro de este marco se puede destacar a los adolescentes, quienes constituyen por lo menos el 25% de nuestra población (op. Cit.). Adicionalmente, la evidencia empírica ha puesto de relieve la importancia de la prevención de trastornos mentales desde esta temprana edad, pues se considera que las perturbaciones psicopatológicas de los adolescentes, lejos de desaparecer, progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 1998).

La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo que ha merecido especial interés en el estudio del estrés, ya que los cambios que se presentan en esta etapa suelen ser repentinos y drásticos. Desde esta perspectiva, las características propias de la adolescencia la convierten en una etapa que si bien no se puede circunscribir a un periodo tormentoso y abrumador como lo habla planteado en un principio Stanley Hall, si podemos decir que es un período de gran estrés tanto para los jóvenes que se encuentran en ella como para sus padres y educadores.

Muchos de los eventos a los que se enfrenta un adolescente, pueden representar un factor de riesgo para la aparición de problemas emocionales, ya que los jóvenes van integrando las vivencias diarias o eventos de vida, junto con factores sociales, personales y culturales, para formar su identidad. Por este motivo, este estudio se enfoca en el periodo adolescente, considerando los eventos estresantes a los cuales están expuestos, dentro de tres áreas de interés retomadas del instrumento de Sucesos de Vida (Lucio y Durán, 2003): el área Familiar, el área Social y la concerniente a Logros y Fracasos.

Parte del interés de este trabajo, es poder identificar a los adolescentes que han logrado determinado nivel de bienestar psicológico de aquellos que se encuentran en riesgo de padecer algún trastorno o que presentan síntomas y signos que dan cuenta de la presencia de malestar.

Para ello se llevará a cabo una comparación entre dos muestras de adolescentes, una que ha sido identificada *a priori* con algún grado de malestar psicológico, y otra muestra de adolescentes escolarizados que presumiblemente no presentan ningún malestar más allá de índices de normalidad.

A pesar de que factores relacionados con estrés psicosocial tales como muertes, abandonos, crisis económica, inestabilidad laboral, etc., son importantes variables que deben ser tenidas en cuenta dentro de programas preventivos (Casullo, 1998), no son los únicos factores que adquieren relevancia dentro de este campo. Diversos modelos que abordan el impacto del estrés en la salud, involucran además factores ambientales, biográficos y personales para entender la forma en que el estrés afecta a los jóvenes y las consecuencias del mismo en la salud. La tendencia que ha recibido mayor apoyo, toma en cuenta que son los factores estresantes aunados a cierta predisposición de acuerdo a características individuales y del entorno, los cuales originan estrés como un proceso interactivo.

Tomando en cuenta lo anterior, se han elegido retomar, por un lado, algunos indicadores de conflicto dentro del área familiar como parte del ámbito que rodea al adolescente; y por otro, algunas

características del mundo interno del joven, como lo es la autoestima. La familia y los lazos familiares se consideran importantes tanto como fuente de estrés, como un recurso de protección contra los eventos de vida estresantes. Se considera importante retomar el aspecto familiar dentro del ambiente que rodea al adolescente, dado que en una sociedad como la nuestra, la familia sigue teniendo importancia fundamental para el desarrollo adecuado de los hijos y la generación de fuertes lazos emocionales, incluso en la etapa de la adolescencia como lo ponen de relieve diversas investigaciones llevadas a cabo en nuestro país. De ahí que este estudio pretenda retomar algunos indicadores de conflicto en el área familiar.

Así mismo, dada la relevancia del auto concepto en esta etapa del desarrollo evolutivo -cuya principal tarea es la formación de la identidad- se pretende retomar aspectos del auto concepto vinculados a una pobre percepción de sí mismo, para de esta manera abarcar el ámbito individual en los factores que inciden en dicha vulnerabilidad al estrés.

En ambos casos se retoma la visión del propio adolescente, desde una perspectiva fenomenológica, ya que es ésta la realidad que lo rodea y la forma en que vive los hechos, por ende, es la visión que nos interesa.

Poder detectar a la población adolescente que está en riesgo de desarrollar algún tipo de patología como trastornos depresivos, ideación suicida, trastornos de la personalidad, o algún otro tipo de patología, y que no haya recibido tratamiento; se considera de sumo valor, dado que tal situación traerá consigo un agravamiento de las condiciones de estrés a las cuales se enfrenta el adolescente, un pobre desarrollo de las habilidades sociales, bajo concepto, por no mencionar importantes dificultades para poder estudiar y aprender; situaciones que impedirán su sano y adecuado desarrollo posterior, dificultando así mismo su entrada a una adultez madura e independiente.

De esta manera, se pretende que esta investigación, brinde ciertas bases teóricas y empíricas para poder evaluar, a través del Cuestionario de Sucesos de Vida Estresantes realizado por Lucio y Durán (2003), a la población adolescente del Distrito Federal. A través de ello, se espera poder aportar algunas herramientas al esfuerzo de prevención en materia del proceso de salud-enfermedad mental.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.2.1 Análisis Cuantitativo

- ¿Existen diferencias entre la muestra normal y la muestra clínica de adolescentes con respecto a los sucesos estresantes negativos del área Familiar, el área de Logros y Fracasos y el área Social?
- ¿Existen diferencias entre la muestra normal y la muestra clínica con respecto a las características de conflicto familiar y autoconcepto negativo exploradas en este estudio?
- ¿De qué manera se relacionan los sucesos estresantes negativos de las áreas de Logros y Fracasos, área Social y área Familiar que viven los adolescentes, con factores de riesgo de enfermedad mental tales como baja autoestima y conflicto dentro de sus familias; tanto en el grupo normal como en el grupo clínico?

4.2.2 Análisis Cualitativo

- ¿Cuáles son los indicadores de conflicto familiar y de baja autoestima, así como los sucesos estresantes negativos de las tres áreas, que se presentan con mayor frecuencia para uno y otro grupo? ¿Qué diferencia hay entre los grupos?

Capítulo IV. Metodología.

- ¿Qué indicadores de conflicto familiar y de baja autoestima se relacionan con cuáles sucesos negativos de las áreas Familiar, Social y de Logros y Fracazos, en uno y otro grupo?

4.3 OBJETIVO GENERAL

- Explorar si existen diferencias entre dos muestras de adolescentes -una muestra clínica y una muestra normal-; con respecto a la ocurrencia de sucesos estresantes del Área Familiar, de Logros y Fracazos y del Área Social; así como de características de baja autoestima y conflicto en el área familiar.

4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.4.1 Análisis Cuantitativo

- Indagar si los sucesos estresantes negativos del Área Familiar, del Área de Logros y Fracazos y del Área Social, difieren significativamente entre los adolescentes de la muestra normal y los de la muestra clínica.
- Indagar si los adolescentes de la muestra normal difieren significativamente de los de la muestra clínica en cuanto a características de conflicto en el área familiar y baja autoestima.
- Explorar la relación que existe entre los sucesos estresantes de las Áreas Familiar, Social y de Logros y Fracazos, y características de baja autoestima y conflicto dentro de la familia, para uno y otro grupo.

4.4.2 Análisis Cualitativo- descriptivo

- Analizar cuáles son los sucesos estresantes negativos de las tres áreas, así como los indicadores de conflicto familiar y baja autoestima que ocurren con mayor frecuencia en uno y otro grupo, y comparar ambos grupos.
- Analizar la relación entre indicadores de baja autoestima, conflicto familiar, sucesos negativos del área familiar, social y de logros y fracasos, comparando ambos grupos.

4.5 VARIABLES

4.5.1 Variables Independientes:

- **Sucesos de vida estresantes:** del área familiar, social y de logros y fracasos.
- **Indicadores de Conflicto en el área familiar.** Reactivos del Inventario Auto descriptivo del Adolescente, que pertenecen al área familiar y que indican conflicto.
- **Indicadores de Baja autoestima o pobre percepción de si mismo.** Reactivos del Inventario Auto descriptivo del Adolescente que pertenecen al área personal y que indican baja autoestima.

4.5.2 Variables Dependientes:

- **El grupo clínico y el grupo control:** definidos de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión que se especifican más adelante.

4.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.6.1 Definición Conceptual

Variables independientes:

- **Sucesos de vida estresantes:** Un suceso estresante puede ser definido las experiencias sociales que ocurren (en este caso, en la vida del adolescente), que tiene significación psicológica para quien los experimenta, que además los percibe con una intensidad determinada; ocurren en un momento o etapa determinados y tienen una duración limitada en el tiempo. Exigen una adaptación cognoscitiva y psicológica de los recursos de la persona, con el fin de sobrellevarlo o superarlo.

En esta investigación se retomarán únicamente los sucesos de tres áreas:

- a) ***Sucesos del área familiar-*** El área Familiar se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa del adolescente. Abarca también eventos relacionados con la comunicación y formas de interacción de los miembros de la familia con el joven. Explora sucesos tales como divorcios, enfermedades, conflictos y problemas.
- b) ***Sucesos del área de Logros y Fracasos:*** Explora el alcance o no de metas del adolescente en diferentes actividades y áreas de su vida así como pérdidas materiales.
- c) ***Sucesos del área Social*** Esta área pretende investigar sucesos que tiene que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Investiga los roles que desempeña el adolescente en los grupos. Variables independientes:

- **Indicadores de conflicto en el área familiar:** los conflictos en el área familiar se relacionan con el establecimiento de reglas, límites, con falta de comunicación o comunicación ineficaz, con el tipo de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia nuclear, la cercanía o lejanía emocional entre éstos, con la presencia de pleitos, violencia, enfermedad física y/o mental entre las personas con quien vive el adolescente; y en general con cómo se siente el adolescente viviendo con su familia, ya que se toma en cuenta únicamente la perspectiva del joven.
- **Indicadores de baja autoestima y de una pobre percepción de sí mismo:** se revisaron algunos factores relacionados con sentimientos de inferioridad, características propias percibidas, falta de cualidades, etc.; entendiéndose por autoestima un constructo teórico-hipotético multidimensional: dimensiones afectivas, cognitivas, conductuales, sociales, e implicaciones en el contexto en que viven los adolescentes, y sobre todo, desde la evaluación que ellos mismos llevan acabo (enfoque fenomenológico).

Variables dependientes

- **Grupo clínico o grupo control:** los adolescentes pertenecen a uno de dos grupos: Grupo clínico o grupo control; el grupo clínico se define como aquel constituido por adolescentes con problemas en una o más áreas, los cuales les ocasionan malestar significativo. El grupo control está formado por adolescentes que no han mostrado malestar significativo en ningún área.

4.6.2 Definición operacional

Variables independientes:

- **Conflicto en el área familiar:** se trata de una variable continua, tomada a partir del Inventario Auto descriptivo del adolescente (Lucio y Durán, 2003). Para crear esta variable, se asignó un punto por cada pregunta del área familiar que constituye un indicador de conflicto, y que fue contestada por los adolescentes de manera positiva (presencia de); y un punto por cada pregunta que indicaba una buena relación y/o comunicación entre los miembros de la familia, y que fue contestada negativamente (ausencia de).

Tabla 1. Reactivos del Inventario Autodescriptivo del Adolescente, que forman la variable CONFAM

No.	Reactivos: Conflictos en la familia	RESPUESTA PUNTEADA	
		SI	NO
34	Otra persona ajena a la familia pone las reglas a la familia	•	
36	No hay reglas	•	
40	Mis padres o padrastros son inconstantes para dar permisos	•	
44	Las relaciones familiares son frías	•	
45	Las relaciones familiares son tensas	•	
46	Las relaciones familiares son indiferentes	•	
49	Todos son tratados bien excepto yo	•	
59	Pleitos constantes entre padres	•	
61	Pleitos constantes entre hermanos	•	
63	Pleitos constantes entre sus hermanos	•	
65	Pleitos constantes entre toda la familia	•	
69	Padres que cuando se pelean llegan a la violencia física	•	
70	Padres que cuando se pelean amenazan con dejarse o divorciarse	•	
71	Padres que cuando se pelean se dejan de hablar	•	
73	Cuando los padres se pelean alguno se va de la casa por un tiempo	•	
75	Hermanos que cuando se pelean llegan a la violencia física	•	
76	Hermanos que cuando se pelean, se dejan de hablar	•	
89	En general me llevo bien con los miembros de mi familia		•
93	Me gusta vivir en mi casa		•
98	Me siento bien adaptado a mi ambiente familiar		•
99	Comento mis problemas con mis familiares		•
100	Me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia		•
101	Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de casa	•	
102	Tengo problemas que escondo a mis padres	•	
109	Platico mis decisiones con mis padres		•
110	Mis padres nunca están en casa	•	
111	Mis padres interfieren en mis decisiones	•	
112	Tengo problemas con mi padrastro	•	
113	Tengo problemas con mi madrastra	•	
190	Quiero fugarme de mi casa	•	
195	Mi padre está enfermo	•	
196	Mi padre tiene problemas emocionales	•	
197	Mi padre tiene problemas con el alcohol	•	
198	Mi padre tiene problemas con las drogas	•	
199	Mi madre está enferma	•	
200	Mi madre tiene problemas emocionales	•	
201	Mi madre tiene problemas con el alcohol	•	
202	Mi madre tiene problemas con las drogas	•	
203	Mi hermano está enfermo	•	
No.	Reactivos: Conflictos en la familia	RESPUESTA PUNTEADA	

		SI	NO
204	Mi hermano tiene problemas emocionales	•	
205	Mi hermano tiene problemas con el alcohol	•	
206	Mi hermano tiene problemas con las drogas	•	
207	Algún miembro de la familia tiene problemas con los juegos de apuestas	•	
TOTAL (43)		37	6

- **Baja auto estima y una pobre percepción de sí mismo:** es una variable continua, creada a partir del Inventario Autodescriptivo del Adolescente (Lucio y Durán, 2003). Para crear esta variable se asignó un punto por cada indicador de baja autoestima o pobre percepción de sí mismo del área personal del instrumento, y que fue contestada positivamente (presencia de); y un punto por cada pregunta que indicaba una alta autoestima o percepción positiva de sí mismo y que fue contestada negativamente (ausencia de).

Tabla 2.- Reactivos del Inventario Auto descriptivo del Adolescente, que forman la variable BAJAES

No.	Reactivos: Baja Autoestima	RESPUESTA PUNTEADA	
		SI	NO
160	Soy creativo		•
161	Soy hábil para muchas cosas		•
162	Soy inteligente		•
164	Me siento criticado por otros (as)	•	
172	Me siento impopular	•	
174	Tengo mala fama	•	
175	Me siento inmaduro (a)	•	
177	Me siento incómodo (a) y torpe	•	
178	Desconfío de los demás	•	
179	Me siento inferior	•	
180	Parezco demasiado simple	•	
181	No me gusto	•	
182	Soy capaz de relajarme		•
183	Soy temeroso de las cosas que me pasan	•	
184	Siento que las personas están en mi contra	•	
185	Soy sucio (a) y descuidado (a) con mi persona	•	
194	Mi autoestima es baja	•	
TOTAL (17)		14	4

- **Sucesos de vida estresantes:** Operacionalmente puede definirse como la calificación obtenida en las áreas Familiar, Social y de Logros y Fracaso, de los sucesos de vida estresantes medidos a través del cuestionario de Sucesos de Vida para adolescentes (Lucio y Durán 2003).

VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Grupo control o grupo clínico:** de acuerdo a criterios de exclusión o inclusión, definidos más adelante.

4.7 TIPO DE MUESTRA

Las muestras fueron no probabilísticas (ya que los sujetos cubrieron criterios de inclusión), intencionales y por cuota, a fin de garantizar el balance entre variables sociodemográficas como sexo, edad, tipo y nivel de escuela (públicas y privadas; secundarias y preparatorias) así como tipo y nivel de atención psicológica de la muestra clínica (consulta y/o instituciones privadas; instituciones públicas).

4.8 SUJETOS

4.8.1 Muestra Normal

Participaron 1571 adolescentes que pertenecían a diversas zonas geográficas y diversos tipos de escuelas del Distrito Federal. Fueron excluidos 344, de acuerdo a los criterios que se mencionan más adelante. De esta manera, el grupo normal quedó constituido por 1227 adolescentes, 508 hombres (41.4%) y 719 mujeres (58.6%), entre 13 y 18 años de edad (promedio de 15.23); 47.2% de escuelas de enseñanza media (secundarias), 52.8% media superior (preparatoria o bachillerato), 47.6% de instituciones públicas y 52.4% de particulares del área metropolitana y/o conurbada del Distrito Federal.

Se seleccionó la muestra normal de acuerdo a los siguientes criterios de Inclusión:

- Edad entre 13 y 18 años de edad.
- Ser estudiante regular de secundaria, bachillerato o equivalente (técnico)
- Asistir a escuelas públicas o particulares.
- Haber completado ambos cuestionarios.
- No tener más 15 reactivos sin contestar en ninguno de los dos.

Mientras que los criterios de exclusión, fueron:

- Menores de 13 y aquellos de 19 años o más.
- Identificado por problemas de conducta, y/o emocionales
- Identificado por problemas de aprendizaje.

4.8.2 Muestra Clínica.

La muestra clínica estuvo conformada por 218 adolescentes de algunas instituciones de asistencia psicológica (consulta externa) y de escuelas donde fueron identificados con problemas. De este grupo, 14 fueron eliminados de acuerdo a los criterios de exclusión, quedando un total de 204, de los cuales 116 (56.9%) son hombres y 88 (43.1%) son mujeres, entre 13 y 18 años, con una edad promedio de 15.20 años. De ellos, 34.3% se encontraban en tratamiento psicológico y el 65. 7% fueron identificados con problemas de conducta.

Los criterios de Inclusión para esta muestra fueron:

- Edad entre 13 y 18 años.
- Identificado por problemas de conducta y/o emocionales en la escuela.
- Asistir a algún tipo de tratamiento psicológico en consulta externa de cualquier tipo de institución pública o privada.
- Haber completado ambos cuestionarios.
- No tener más 15 reactivos sin contestar en ninguno de los dos.

Mientras que los criterios de exclusión, fueron:

- Menores de 13 y aquellos de 19 años o más.
- Presentar diagnóstico de psicosis.
- Identificado por problemas de aprendizaje.
- Protocolo no válido ya sea por omisión de reactivos o por inconsistencia en la respuesta.

Para describir a ambas muestras, se definió el nivel socioeconómico, de acuerdo a los siguientes criterios:

- ***Nivel socioeconómico bajo***: aquellos adolescentes que reunían los siguientes indicadores, de acuerdo a los datos obtenidos en la Ficha Sociodemográfica (Lucio, Durán, León y Barcelata, 2000).
 - a) Número de coches: 0
 - b) Nivel de estudios del padre y/o madre: hasta preparatoria.
 - c) Ocupación del padre y/o madre: obrero, empleado u hogar.
- ***Nivel Socioeconómico alto***: aquellos adolescentes que reunían los siguientes indicadores, de acuerdo a los datos obtenidos mediante el mismo instrumento antes citado.
 - a) Número de coches: 3 ó más.
 - b) Nivel de estudios del padre o madre: licenciatura o postgrado.
 - c) Ocupación del padre: comerciante, profesionista o empresario.

En las tablas 3 y 4 se describen las características de la muestra normal, que corresponden al sexo, nivel socioeconómico, así como a los diferentes grupos de edad en los que se aplicó el instrumento.

Tabla 3. Muestra normal por tipo de escuela y sexo.

Tipo de escuela	Secundaria		Preparatoria		Total
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
Pública	114	200	114	155	583
Privada	131	143	142	228	644
Total	235	343	256	383	1227

Tabla 4. M. Normal, distribución nivel socioeconómico de acuerdo al sexo.

Nivel socioeconómico	Bajo		Medio		Alto	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hombres	130	25.6	278	54.7	100	19.7
Mujeres	210	29.2	381	53.0	128	17.8
Total	340	54.8	659	107.7	228	37.5

En las tablas 5, 6, 7 y 8 se describen las características de la muestra clínica, que corresponden al sexo, edad, nivel socioeconómico, así como a la proporción de adolescentes que reciben tratamiento y aquellos identificados con problemas de conducta.

Tabla 5. Distribución de a muestra clínica por sexo

	Hombres	Mujeres	Total
En tratamiento	39	31	70
Con problemas de conducta	77	57	134
Total	116	88	204

Tabla 6. Distribución de la muestra clínica por edad y sexo

Edad	Hombres		Mujeres		Total
	N	%	N	%	N
13 años	18	8.8	20	9.8	38
14 años	27	13.2	15	7.4	42
15 años	22	10.8	14	6.9	36
16 años	17	8.3	17	8.3	34
17 años	23	11.3	14	6.9	37
18 años	9	4.4	8	3.9	17
Total	116	56.9	88	43.1	204

Tabla 7. Distribución del nivel socioeconómico de la Muestra Clínica-Hombres

Hombres				
Grupo	Alto	Medio	Bajo	Total
Tratamiento	1	9	29	39
Problemas de conducta	8	45	24	77
Total	9	54	53	116

Tabla 8. Distribución del nivel socioeconómico de la Muestra Clínica-Mujeres

Mujeres				
Grupo	Alto	Medio	Bajo	Total
Tratamiento	2	18	13	31
Problemas de conducta	6	31	25	57
Total	8	49	38	88

4.9 ESCENARIO

Los cuestionarios se aplicaron en las diferentes escuelas e instituciones de salud a las que pertenecen los adolescentes. Las autoridades de cada institución asignaron el lugar de aplicación, en algunas se trató de salones de clase, auditorios, consultorios, bibliotecas, etc.

4.10 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio comparativo, transversal, ex-post-facto, de dos muestras independientes (Méndez, et al., 2001).

4.11 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un diseño factorial de 5 x 1, definido como aquel diseño en el cual es posible estudiar los efectos de dos o más variables independientes sobre la misma variable dependiente (McGuigan, 1977).

4.12 INSTRUMENTOS

Se utilizaron los siguientes instrumentos, cuyos protocolos se anexan al final:

- **Ficha sociodemográfica** (Lucio, Durán, León y Barcelata, 2000): Contiene una serie de datos para describir a los sujetos, que contiene reactivos como ocupación del padre, ocupación de la madre, escolaridad del padre y de la madre, estado civil de los padres, etc.
- **Inventario Autodescriptivo del Adolescente**: (Lucio, Durán, León y Barcelata, 2000): Se refiere a indicadores del ambiente familiar, personal y social que los adolescentes describan a través de una entrevista estructurada.

- **Questionario de Sucesos de Vida** (Lucio y Durán 2003): Este es un instrumento elaborado con la finalidad de detectar problemas emocionales en adolescentes, a partir de los sucesos estresantes y la evaluación afectiva que el joven mismo hace de ellos. Se trata de un autoinforme compuesto de 129 reactivos y una pregunta abierta que evalúan de manera confiable (índice de confiabilidad global Kuder-Richardson $\alpha = .89$) 7 áreas: Familiar, Social, Personal, Problemas de Conducta, Logros y Fracayos, Salud y Escolar. Los reactivos se puntúan mediante cuatro respuestas: a) Cuando me sucedió y fue bueno; b) Cuando me sucedió y fue malo; c) Cuando me sucedió y fue indiferente; y d) Cuando no me sucedió. Las respuestas a estos reactivos son eventos que los jóvenes experimentaron en el último año de su vida.

Para los fines de esta investigación únicamente se tomarán en cuenta el área de Logros y Fracayos, el área Social y el área Familiar.

Se considera importante mencionar algunos conceptos utilizados en la elaboración del Questionario de Sucesos de Vida. De acuerdo al marco conceptual en que se basa el cuestionario, divide a los sucesos de vida en dos dimensiones: *Normativo o no Normativos*; y por otro lado, *Positivos o Negativos*. A continuación se proporcionan las definiciones correspondientes:

☒ **(NOR) Sucesos Normativos**: Los sucesos Normativos incluyen eventos tales como cambios de escuela, cambios en las relaciones con los padres y cambios corporales, los cuales se presentan aproximadamente al mismo tiempo en los adolescentes de la misma edad, y que están relacionados con el desarrollo que se da en esta época de la vida. Estos sucesos son fáciles de predecir y bastante frecuentes, por lo que son percibidos como medianamente estresantes y controlables (Seiffge-Krenke, 1998).

☒ **(N-NOR) Sucesos No Normativos**: Los sucesos No Normativos pueden definirse como eventos de vida significativos y críticos, tales como la muerte de un familiar, asaltos o golpes, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el joven. Estos sucesos son poco frecuentes, difíciles de predecir y extremadamente agobiantes. Dado que son poco controlables e influenciados por el adolescente, el prepararse por anticipado para enfrentar estos sucesos es muy difícil (op. Cit).

Dirección del Reactivo:

(-) Los reactivos negativos implican perjuicio o malestar para el adolescente desde su propia perspectiva.

(+) Los reactivos positivos son aquellos que por sí mismos denotan beneficio o bienestar para el adolescente. Este tipo de eventos se consideran No Normativos cuando se trata de eventos de vida significativos y poco frecuentes.

Dependiendo de tales categorías, se asigna un valor que corresponde al nivel de estrés que originan los sucesos; en esto consiste la calificación cuantitativa. El instrumento permite evaluar a los adolescentes desde una perspectiva cuantitativa, pero también cualitativa, dentro de un espacio clínico individual. Para los fines de esta investigación, se retomará únicamente el punto de vista cuantitativo, la cual se obtiene tomando en cuenta cuántos reactivos contestó el adolescente en cada una de las áreas y cuál es el peso que obtiene cada uno de ellos, de acuerdo a los siguientes criterios:

Tabla 9. Valor de los reactivos Normativos y No Normativos.

NORMATIVO No NORMATIVO	POSITIVO O NEGATIVO	VALOR ASIGNADO
---------------------------	---------------------	----------------

Normativo	Positivo	1
No Normativo	Positivo	2
Normativo	Negativo	3
No Normativo	Negativo	5

A continuación se presenta una tabla con los sucesos que pertenecen a cada una de las áreas, indicando en cada uno si se trata de un suceso normativo no normativo; positivo o negativo; así como la calificación que recibe de acuerdo a tales dimensiones.

Tabla 10. Reactivos del Área Familia y tipo de suceso.

REACTIVOS ÁREA FAMILIAR	Tipo de Suceso		
	N	NN	+ / -
1. Nacimiento de un hermano		•	+
5. Mi papá perdió su trabajo		•	-
9. Algún hermano (a) se fue de la casa		•	-
14. Mi mamá perdió su trabajo		•	-
17. Mi padre se fue de la casa		•	-
21. Disminuyeron los ingresos de la familia		•	-
24. Mi madre se fue de la casa		•	-
32. El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa	•		-
40. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa		•	-
48. Un miembro de mi familia se suicidó		•	-
49. Mis padres se separaron o divorciaron		•	-
56. Mi papá se casó de nuevo		•	-
58. Me dieron permiso de salir con un muchacho (a) por primera vez	•		+
63. Mi hermano (a) fue encarcelado		•	-
66. Mi papá fue enviado a prisión por un año o más.		•	-
73. Mi mamá fue enviada a prisión por un año o más.		•	-
77. Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa		•	+
80. Mi mamá se casó de nuevo		•	-
82. Un miembro de mi familia tiene una enfermedad grave		•	-
83. Muerte de algún abuelo (a)		•	-
87. Los pleitos entre mis papás empeoran		•	-
89. Murió mi papá		•	-
92. Un miembro de la familia se está muriendo		•	-
93. Murió mi mamá		•	-
99. Murió un hermano (a)		•	-
102. Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos		•	-
107. Me corrieron de la casa		•	-
108. Mi papá o mamá fue hospitalizado por una enfermedad seria		•	-
109. No me dan permiso de salir con mis amigos	•		-
110. Empecé a realizar una actividad que no me gustaba sólo por darle gusto a mis papás.	•		-
112. Fui golpeado por algún miembro de mi familia		•	-
REACTIVOS ÁREA FAMILIAR	Tipo de Suceso		
	N	NN	+ / -
113. Mi mascota se enfermó	•		-

115. Una hermana soltera se embarazó o un hermano soltero embarazó a una chica		•	-
118. Mi mamá tuvo un problema emocional en que se requirió tratamiento		•	-
119. Un hermano (a) fue hospitalizado por una enfermedad seria		•	-
122. Me fui de la casa		•	-
124. Se murió mi mascota		•	-
126. Me castigaron injustamente	•		-
127. Mi padre tuvo una enfermedad importante o estuvo enfermo por un largo periodo.		•	-
Total:	6	35	
Total de Reactivos:			41

Tabla 11. Reactivos del Área Social y tipo de suceso.

REACTIVO ÁREA SOCIAL	Tipo de Suceso		
	N	NN	+ / -
3. Mejoraron mis relaciones con otras personas.	•		+
10. Murió un amigo (a) cercano (a).		•	-
19. Fui asaltado (a) golpeado (a).		•	-
26. Comparto más tiempo con mis amigos (as) o compañeros (as).	•		+
42. Empecé a tener novio (a).	•		+
50. Rompí con mi novio (a).	•		-
55. Un amigo (a) de la familia se suicidó.		•	-
79. Se fue mi mejor amigo (a) se cambió.	•		-
86. Un amigo (a) de la familia se está muriendo.		•	-
88. Ingresé a un nuevo equipo de juego.	•		+
94. Participé en un evento deportivo.	•		+
96. Empeoraron las relaciones con mi novio (a).	•		-
100. Conocí nuevos amigos (as).	•		+
103. Dejé de frecuentar a malas compañías.	•		+
105. Tuve un reencuentro con mis amigos (as).	•		+
111. Empeoraron las relaciones con mis amigos (as).	•		-
114. Dejé de ver a algunos amigos (as).	•		-
116. Me empecé a juntar con malas compañías.		•	-
121. Mejoraron las relaciones con mi novio (a).	•		+
125. Cambié de novio (a).	•		+
128. Conocí a alguien que me da buenos consejos.	•		+
Total:	16	5	
Total de Reactivos:			21

Tabla 12. Reactivos del Área de Logros y Fracasos y tipo de suceso.

REACTIVO ÁREA DE LOGROS Y FRACASOS	Tipo de Suceso		
	N	NN	+ / -

4. Obtuve mi permiso o licencia de manejo.	•		+
13. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad).		•	-
30. Perdí mi empleo.		•	-
40. Conseguí mi primer empleo de tiempo completo.	•		-
48. Tuve un logro personal sobresaliente.	•		+
57. Gané un premio deportivo importante.	•		+
66. Aprendí a manejar un coche.		•	+
69. Perdí algo muy preciado.	•		-
74. Dejé de robar.		•	+
80. Me prestan el coche.		•	+
85. Me quedé en la escuela que quería.	•		+
88. Me regalaron un coche.		•	+
89. Dejé de consumir drogas.		•	+
92. Saqué mi certificado.	•		+
104. Obtuve una beca.	•		+
114. No he podido conseguir lo que he querido.	•		-
120. Abandoné mi trabajo.		•	-
146. Salí de vacaciones.	•		+
Total:	7	6	
Total de reactivos:			13

Este instrumento posee validez concurrente y validez de jueces; en esta última, la mayoría de ellos encontró adecuado el cuestionario en términos de pertinencia en cuanto a calidad, claridad y cantidad de los reactivos. Así mismo, obtuvo un índice de confiabilidad global Kuder-Richarson de $\alpha=.94$ indicando que el cuestionario puede ser considerado como un instrumento confiable.

Las calificaciones fueron normalizadas para cada género, tomando en cuenta distribuciones T lineales: $TL = 50 + [10(X - x)]/DE$. De acuerdo a los resultados obtenidos en la muestra normativa, el punto de corte o rango esperado de puntuación es de 70, lo cual indica que es un área en la cual el nivel de estrés es significativamente alto.

4. 13 PROCEDIMIENTO

En la fase de aplicación se establecieron contactos con las autoridades de escuelas de enseñanza media y media superior, tanto públicas como privadas, que estuvieran ubicadas en la zona metropolitana o bien conurbada del Distrito Federal, a fin de solicitarles su apoyo para el presente estudio. Participaron escuelas de la UNAM: colegios de ciencias y humanidades y preparatorias; de la SEP: colegio de Bachilleres; del IPN; vocacionales; y escuelas particulares.

Así mismo, se obtuvo la participación de instituciones especializadas tales como el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"; Reimes, así como diversas clínicas de salud.

Para conformar la muestra normal, los cuestionarios se aplicaron de manera colectiva a grupos entre 20 y 60 adolescentes. En el caso de la muestra clínica, los cuestionarios se aplicaron de manera individual o colectiva, a grupos de 5 a 15 jóvenes. Para aplicar los cuestionarios, primero se les dio a los adolescentes una breve introducción de lo que se iba a realizar y la forma en que se llevaría a cabo. Se les dio a cada uno un cuadernillo de preguntas, un lápiz del 2 ó 2¹/₂ y una hoja de respuesta con formato para lectora óptica. Conforme iban terminando el primer cuestionario se les dio el

segundo. Las instrucciones de cada cuestionario se dieron de manera oral, terminando con un ejemplo y algunas observaciones que deberían tener presentes con el fin de reducir el número de errores. Al final de la aplicación se agradeció su participación.

4.14 TIPO DE ANÁLISIS

- a) Estadístico Cuantitativo: a través de pruebas t de Student para determinar si la diferencia entre los grupos es significativa, para las variables en estudio. Correlaciones de Pearson para determinar la relación entre las variables del estudio.
 - b) Estadístico Descriptivo: análisis de frecuencia y porcentaje de ocurrencia de los reactivos; correlaciones de Spearman para determinar la correlación entre dichos reactivos.
- Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Se analizaron estadísticamente las diferencias entre los grupos clínico y normal para las variables: Sucesos estresantes negativos del Área Familiar, Social y de Logros y Fracazos; así como para las variables CONFAM y BAJAES. Para ello se realizaron pruebas t de Student de comparación de medias para muestras independientes. Se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 13. Análisis de las diferencias entre el grupo normal y clínico para la suma de los sucesos negativos de las áreas social, familiar y logros y fracasos.

Área	Normal		Clínico		t	Sig. (2 colas)
	Media	DE	Media	DE		
Suc Fam Neg	12.81	10.41	29.59	31.74	14.44	.001
Suc Soc Neg	6.14	4.88	11.26	8.29	12.33	.001
Suc LyF Neg	4.02	3.74	6.35	5.12	7.74	.001

$\alpha = .05$

Tabla 14. Análisis de las diferencias entre el grupo clínico y el grupo normal para las variables de Conflictos Familiares y baja autoestima.

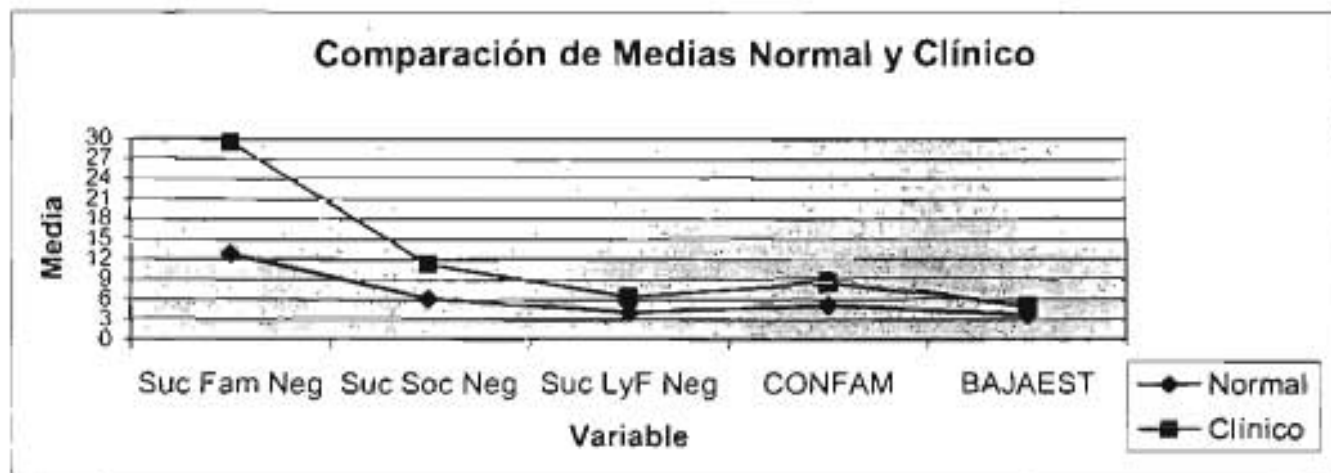
Área	Normal		Clínico		t	Sig. (2 colas)
	Media	DE	Media	DE		
CONFAM	5.12	4.13	8.50	5.49	10.25	.001
BAJAEST	3.63	2.61	5.03	3.03	7.07	.001

$\alpha = .05$

Los resultados muestran diferencias significativas en todas las áreas de sucesos estresantes negativos y también en el caso de los conflictos familiares y en la variable baja autoestima.

La siguiente gráfica presenta los perfiles de las medias de cada una de las variables analizadas, comparando entre el grupo normal y el grupo clínico.

Gráfica 1. Perfiles del grupo normal y grupo clínico para las variables de suma de sucesos negativos en el área familia, social y de logros y fracasos.



Se establecieron diferencias de acuerdo a los indicadores de nivel socioeconómico establecidos, tomando en cuenta el grupo normal o clínico.

5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

Se llevó a cabo un análisis de frecuencias de los reactivos que conforman las variables de interés, comparando entre grupos:

Tabla 15. Correlación de Pearson entre las variables independientes, para el grupo normal.

Variable	FAMSUMNEG	CONFAM
FAMSUMNEG		.343
SOCSUMNEG		
LYFSUMNEG		
CONFAM	.343	
BAJAES		.437

Correlaciones significativas al .01 (2 colas).

Tabla 16. Correlación de Pearson entre las variables independientes, para el grupo clínico.

Variable	FAMSUMNEG	SOCSUMNEG	CONFAM
FAMSUMNEG		.617	
SOCSUMNEG	.617		
LYFSUMNEG	.640	.502	
CONFAM			
BAJAES			.423

Correlaciones significativas al .01 (2 colas).

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de los reactivos con mayor incidencia de casos, que conforman la variable CONFAM (conflictos familiares), para el grupo normal.

VARIABLE CONFAM		
REACTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hermanos que cuando se pelean se dejan de hablar	519	42.3
No comentan problemas con familiares	501	40.8
Padres que cuando se pelean se dejan de hablar	390	31.8
Tengo problemas que escondo a mis padres	372	30.3

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de los reactivos con mayor incidencia de casos, que conforman la variable BAJAEST (baja autoestima), para el grupo normal.

VARIABLE BAJAEST		
REACTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desconfío de los demás	397	32.4
Me siento criticado por otros	375	30.6
Temeroso de las cosas que me pasan	366	29.8

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de los reactivos con mayor incidencia de casos, que conforman la variable de CONFAM (conflictos familiares), para el grupo clínico.

VARIABLE CONFAM		
REACTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No comentan problemas con familiares	125	61.3
No platican sus decisiones con sus padres	120	58.8
No se sienten bien adaptados a su ambiente familiar	93	45.6
Tengo problemas que escondo a mis padres	88	43.1
Hermanos que cuando se pelean se dejan de hablar	80	39.2
Padres que cuando se pelean se dejan de hablar	79	38.7
No les gusta vivir en su casa	79	38.7
Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de casa	77	37.7
No se esfuerzan por comprender los problemas de su familia	70	34.3
No se llevan bien con los miembros de su familia	68	33.3

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de los reactivos con mayor incidencia de casos que conforman la variable BAJAEST (Baja Autoestima), para el grupo clínico.

VARIABLE BAJAEST		
REACTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desconfío de los demás	96	47.1
Me siento criticado por otros	82	40.2
No se consideran inteligentes	76	27.3
Incapaz de relajarse	71	34.8
Temeroso de las cosas que me pasan	67	32.8
Mi autoestima es baja	66	32.4
No me gusto	66	32.4
No se consideran creativos	61	29.9

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos, del área Familiar, para el grupo normal.

REACTIVOS ÁREA FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
102. Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos	313	25.5
126. Me castigaron injustamente	275	22.4
113. Mi mascota se enfermó	251	20.5

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos, del área Familiar, para el grupo clínico.

REACTIVOS ÁREA FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
102. Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos	92	45.1
109. No me dan permiso de salir con mis amigos	66	32.4
126. Me castigaron injustamente	63	30.9

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos del área Social, para el grupo normal.

REACTIVOS ÁREA SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
114. Dejé de ver a algunos amigos (as).	601	49
50. Rompí con mi novio (a).	456	37.2

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos del área Social, para el grupo clínico.

REACTIVOS ÁREA SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
114. Dejé de ver a algunos amigos (as).	123	60.3
50. Rompí con mi novio (a).	96	47.1
79. Se fue mi mejor amigo (a) se cambió.	69	33.8
19. Fui asaltado (a) golpeado (a).	63	30.9
96. Empeoraron las relaciones con mi novio (a).	62	30.4

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos del área de Logros y Fracasos, para el grupo normal.

REACTIVOS ÁREA DE LOGROS Y FRACASOS	Frecuencia	Porcentaje
13. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad).	473	38.5
114. No he podido conseguir lo que he querido.	386	31.5
69. Perdí algo muy preciado.	375	30.6

Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de los sucesos de vida con mayor incidencia de casos del área de Logros y Fracasos, para el grupo clínico.

REACTIVOS ÁREA DE LOGROS Y FRACASOS	Frecuencia	Porcentaje
13. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad).	110	53.9
114. No he podido conseguir lo que he querido.	99	48.5
69. Perdí algo muy preciado.	94	46.1

Para facilitar el análisis se presenta la siguiente tabla:

Tabla 27. Comparación de los porcentajes de las variables CONFAM, BAJAES, Sucesos Negativos del Área familiar, Social y de Logros y Fracasos, entre el grupo clínico y el grupo normal. Ordenados, de acuerdo a la diferencia entre grupos.

REACTIVOS CONFAM	Clínico %	Normal %	(
No platican sus decisiones con sus padres	58.8	29.5	29.3
No se sienten bien adaptados a su ambiente familiar	45.6	21.3	24.3
No les gusta vivir en su casa	38.7	16.1	22.6
Trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de casa	37.7	17.8	19.9
No se llevan bien con los miembros de su familia	33.3	16.2	17.1
No comentan problemas con familiares	61.3	40.7	14.7
Quiero fugarme de mi casa	21.6	7.1	14.5
Tengo problemas que escondo a mis padres	43.1	30.3	12.8
No se esfuerzan por comprender los problemas de su familia	34.3	22.4	11.9
Pleitos constantes entre padres	18.6	9.2	9.4
Mis padres o padrastros son inconstantes para dar permisos	18.6	9.9	8.7
Mis padres nunca están en casa	27.9	16.5	8.4
Hermanos que cuando se pelean llegan a violencia	27.9	19.6	8.3
Pleitos constantes con sus hermanos	27.5	19.2	8.3
Las relaciones familiares son indiferentes	14.2	6.7	7.5
Mi padre está enfermo	16.2	9.1	7.1
Mi padre tiene problemas con el alcohol	13.2	6.1	7.1
Padres que cuando se pelean se dejan de hablar	38.7	31.8	6.9
No hay reglas	22.1	15.3	6.8
Mi madre tiene problemas emocionales	15.2	8.9	6.3
Mi padre tiene problemas emocionales	12.7	6.8	5.9
Pleitos constantes entre toda la familia	11.3	5.5	5.8
Mi hermano tiene problemas emocionales	11.3	5.7	5.6
Todos son tratados bien excepto yo	7.8	2.2	5.6
Las relaciones familiares son frías	8.3	4.6	3.7
Las relaciones familiares son tensas	12.3	8.8	3.5
Hermanos que cuando se pelean se dejan de hablar	39.2	42.3	-3.1
Mis padres interfieren en mis decisiones	27.9	29.3	-1.4

REACTIVOS BAJAES	Clínico %	Normal %	(
Mi autoestima es baja	32.4	17.3	15.1
Desconfío de los demás	47.1	32.4	14.7
Tengo mala fama	20.1	5.6	14.5
Siento que las personas están en mi contra	24	10.4	13.6
Soy incapaz de relajarme	33.3	20.5	12.8
Me siento inmaduro	26.5	15.7	10.8
No se consideran inteligentes	27.3	17.4	9.9
No se consideran creativos	29.9	20.3	9.6
Me siento criticado por otros	40.2	30.6	9.6
No soy hábil para muchas cosas	29.4	20.5	8.9
Me siento inferior	15.7	7.1	8.6
Incómodo y torpe	14.7	6.8	7.9
Me siento impopular	24	17.8	6.2
Parezco demasiado simple	27	21	6
Sucio y descuidado con mi persona	8.8	3.1	5.7
No me gusto	32.4	29.1	3.3
REACTIVOS ÁREA FAMILIAR	Clínico %	Normal %	(
Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o ambos	45.1	25.5	19.6
Fui golpeado por un miembro de mi familia	17.6	4.3	13.3
No me dan permiso de salir con mis amigos	32.4	19.2	13.2
Me fui de la casa	15.7	2.8	12.9
Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa	27	14.3	12.7
Me corrieron de la casa	14.7	2.9	11.8
Un miembro de mi familia se está muriendo	17.3	5.9	11.4
Un miembro de mi familia tiene una enfermedad grave	28.9	17.6	11.3
Se murió mi mascota	23.5	13	10.5
Los pleitos entre mis papás empeoran	18.6	8.1	10.5
Muerte de mi abuelo	27.9	17.8	10.1
Un hermano se fue de la casa	18.6	9.2	9.4
Mi padre se fue de la casa	15.2	5.9	9.3
Disminuyeron los ingresos de la familia	27.9	19.2	8.7
Me castigaron injustamente	30.9	22.4	8.5
Mi padre tuvo un problema emocional y requirió tratamiento	9.8	2	7.8
Murió mi mamá	7.8	.9	6.9
Mi madre se fue de la casa	8.8	2	6.8
Mi mamá se casó de nuevo	8.3	1.6	6.7
Mi mamá tuvo un problema emocional en que requirió tratamiento	9.3	2.7	6.6
Mi papá perdió su trabajo	14.2	7.9	6.3
Murió mi papá	8.3	2.5	5.8

REACTIVOS ÁREA SOCIAL	Clínico %	Normal %	(
Me empecé a juntar con malas compañías	24	7.7	16.3
Fui asaltado o golpeado	30.9	17.2	13.7
Empeoraron las relaciones con mi novio (a)	30.4	17.8	12.6
Se fue mi mejor amigo (a), se cambió	33.8	21.3	12.5
Dejé de ver a algunos (as) amigos (as)	60.3	49	11.3
Murió un amigo (a) cercano (a)	20.6	9.9	10.7
Rompí con mi novio (a)	47.1	37.2	9.9
Empeoraron las relaciones con mis amigos (as)	20.6	11.2	9.4
REACTIVOS ÁREA DE LOGROS Y FRACASOS	Clínico %	Normal %	≠
No he podido conseguir lo que he querido	48.5	31.5	17
Perdí algo muy preciado	46.1	30.6	15.5
Tuve un fracaso	53.9	38.5	15.4
Perdí mi empleo	12.3	2.9	9.4

Con base en los resultados anteriores, se llevaron a cabo correlaciones de Spearman entre los reactivos con mayor frecuencia de ocurrencia que conforman las variables de este estudio. Lo que se correlacionó fue la respuesta de los adolescentes, tomada como presencia o ausencia (ocurrió o no ocurrió) de cada reactivo.

Las siguientes tablas esquematizan los resultados encontrados:

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

GRUPO NORMAL

Tabla 29. Correlaciones mayores de .30 entre los reactivos que conforman la variable CONFAM (Conflictos Familiares) y aquellos que conforman BAJAES (Baja Autoestima).

GRUPO NORMAL	BAJAES								
	Siento que las personas están en mi contra	Me siento incómodo y torpe	Me siento inferior	parezco demasiado simple	No soy inteligente	Me siento criticado por otros	Me siento impopular	No soy creativo	No me siento bien adaptado a mi ambiente familiar
No soy capaz de relajarme					.305				.332
Soy temeroso de las cosas que me pasan	.299								
Siento que las personas están en mi contra		.335				.315			
Mi auto-estima es baja		.349	.344			.319	.340		
Me siento inmaduro									
Me siento incómodo y torpe			.419	.331			.325		
Me siento inferior				.302			.337		
Parezco demasiado simple							.367		
No soy hábil para muchas cosas					.332			.290	
No soy inteligente									
Me siento criticado por otros									.372

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 30. Correlaciones mayores de .30 entre los reactivos que conforman la variable CONFAM (Conflictos Familiares).

GRUPO NORMAL	CONFAM							
	mi hermano tiene problemas con las drogas	No me gusta vivir en mi casa	No me siento bien adaptado a mi ambiente familiar	No comento mis problemas familiares con mis familiares	No me esfuerzo por comprender lo problemas de mi familia	No platico mis decisiones con mi padres	mi madre tiene problemas emocionales	mi madre tiene problemas con las drogas
CONFAM	.357							
mi hermano tiene problemas de alcohol		.347	.353	.384	.386	.343		
No me llevo bien con los miembros de mi familia				.439	.370	.349		
No me gusta vivir en mi casa					.412	.459		
No me siento bien adaptado a mi ambiente familiar						.321		
No comento mis problemas con mis familiares							.429	
No me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia								
mi padre tiene problemas emocionales								
mi madre tiene problemas de alcohol								.405

Significativas con $\alpha = .01$

GRUPO CLÍNICO

Tabla 31. Correlaciones mayores a .30, entre los sucesos negativos del Área Familiar y del Área Social.

GRUPO CLÍNICO	SUC NEG FAMILIAR								SOC NEG
	se murió mi mascota	empecé actividad que no me gustaba	empeora n plitos entre padres	familiar se está muriendo	padre enfemo por largo periodo	padre se fue	me contaron de la casa	amigo familia enfemed ad grave	
SUC NEG FAMILIAR									
	desacuerdos con papas		.376						
	mi mascota se enfermó	.401							
	disminuyeron ingresos			.315					
	familiar enfermedad grave		.374						
	se murió mi mascota					.324			
	padres separación o divorcio				.571	.344			
	empecé actividad que no me gustaba		.395						
	hermano se fue								
	fui golpeado por algún familiar		.301			.352			
	familiar se está muriendo					.438		.460	
	me fui de la casa					.468			
	padre se fue				.306	.325			
	me corrieron de la casa								
SOC NEG	empeoraron relaciones amigos		.348						
	empecé relación malas compañías					.302			.373

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 32. Correlaciones mayores a .30, entre los sucesos negativos de las Áreas Familiar y Logros y Fracasos.

GRUPO CLÍNICO	SUC NEG FAMILIAR						SUC NEG LYF	
	se murió mi mascota	empeoran pleitos entre padres	familiar se está muriendo	padre se fue	me corrieron de la casa	no consgo lo que quiero	abandoné mi trabajo	
desacuerdos con papas		.376				.303		
mi mascota se enfermó	.401							
disminuyeron ingresos								
familiar enfermedad grave			.374					
empecé actividad que no me gustaba			.395					
empeoran pleitos entre padres								
hermano se fue								
fui golpeado por algún familiar			.301		.352			
familiar se está muriendo					.438			
me fui de la casa				.306	.468			
padre se fue					.325			
me corrieron de la casa							.364	
perdí empleo								.374
LYF NEG								

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 33. Correlaciones mayores a .30, entre los sucesos negativos del Área de Logros y Fracazos y del Área Social.

GRUPO CLÍNICO		L Y F NEG	SOC NEG		
			abandon é mi trabajo	amigo familia se suicidó	empeora ron relacione s amigos
L Y F NEG	perdí empleo	.374	.292		
	amigo familia enfermedad grave			.296	.373
SOC NEG	empeoraron relaciones amigos				.253

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 34. Correlaciones mayores de .30 entre los reactivos que conforman la variable CONFAM (Conflictos Familiares) y aquellos que conforman BAJAES (Baja Autoestima).

GRUPO CLÍNICO	CONFAM										BAJAES				
	mi madre tiene problemas emocionales	No me gusta vivir en mi casa	No me siento bien adaptado a mi ambiente familiar	No comento mis problemas con mis familiares	No me esfuerzo por comprender lo problemas de mi familia	No platco mis decisiones con mi padres	constantes entre mis hermanos y yo	tensas	indiferentes	inconstantes para dar permisos	tras	soy inteligente	tengo mala fama	No soy capaz de relajarme	siento que las personas están en mi contra
CONFAM															
todos son tratados bien excepto yo							.336								
constantes entre mis hermanos							.355								
Pleitos constantes entre toda la familia							.339	.254							
tensas								.404	.320						
indiferentes									.310						
No me siento bien adaptado a mi ambiente familiar				.465	.354	.446									
No comento mis problemas con mis familiares						.521									
quiero fugarme de mi casa													.362		.486
mi padre tiene problemas emocionales	.411														
mi madre está enferma	.343														
No me llevo bien con los miembros de mi familia		.334	.334	.327		.338									
No me gusta vivir en mi casa			.586	.384	.443	.420					.303				.306

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 35. Correlaciones mayores de .30 entre los reactivos que conforman la variable BAJAES (Baja Autoestima).

GRUPO CLÍNICO	BAJAES									
	me siento incómodo y torpe	parezco demasiado simple	soy temeroso de las cosas que me pasan	siento que las personas están en mi contra	mi auto-estima es baja	No soy hábil para muchas cosas	No soy inteligente	me siento criticado por otros	me siento impopular	
BAJAES	tengo mala fama									
	me siento inmaduro	.361						.301		
	me siento incómodo y torpe		.340		.382	.364				.317
	desconfío de los demás			.320						
	me siento inferior		.345			.306				
	No me gusto						.251			
	No soy capaz de relajarme									
	soy temeroso de las cosas que me pasan							.321		
	siento que las personas están en mi contra							.335	.302	
	mi auto-estima es baja							.309	.494	
	No soy creativo						.330			
	No soy hábil para muchas cosas								.393	
	Parezco demasiado simple									
	me siento criticado por otros					.312				
										.358

Significativas con $\alpha = .01$

Tabla 36. Correlaciones mayores a .30 entre los reactivos que conforman la variable CONFAM

GRUPO CLÍNICO	CONFAM						
	Amenazan con dejarse o divorciarse	alguno se va de la casa por un tiempo	llegamos a la violencia física	Tengo problemas que escondo a mis padres	No comento mis problemas con mis familiares	mis decisiones con mi padres	
Llegan a la violencia física	.352	.539					
Amenazan con dejarse o divorciarse		.411					
se dejan de hablar			.290				
trato de pasar el mayor tiempo posible fuera de mi casa				.322			-.343
Tengo problemas que escondo a mis padres					-.308		-.306

Significativas con $\alpha = .01$

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

6.1.1 Comparación intragrupos para las variables independientes

De acuerdo a los resultados encontrados, los adolescentes del grupo clínico difieren significativamente del grupo normal en cuanto a los sucesos negativos de las tres áreas exploradas en esta investigación: Área Familiar, Social y de Logros y Fracasos. Las medias de respuesta para estos sucesos, son significativamente mayores para los adolescentes del grupo clínico (Tabla 13).

También la media estadística de las variables CONFAM y BAJAES fue significativamente mayor para el grupo clínico que para el grupo de adolescentes normal. Esto significa que los adolescentes del grupo clínico presentan mayores conflictos familiares y más indicadores de baja autoestima (Tabla 14).

Las desviaciones estándar de ambos grupos, denotan que el grupo normal de adolescentes fue más homogéneo que el grupo clínico. En este último se presenta más variabilidad, al tener mayores desviaciones estándar.

Las diferencias más grandes entre los grupos se presentan para la variable Sucesos Familiares Negativos, seguida de los Sucesos Negativos del Área Social, los sucesos negativos del Área de Logros y Fracasos, la variable Conflictos Familiares y las menores diferencias se presentan para el caso de la variable Baja autoestima (Gráfica I).

Los grupos difieren más en los sucesos estresantes, que en los conflictos familiares o en los niveles de autoestima. En cualquier caso, las diferencias son significativas.

6.1.2 Correlaciones entre variables para ambos grupos

Al analizar la relación entre las variables dependientes e independientes, se encontraron correlaciones de Pearson mayores a .30 tanto para el grupo normal como para el clínico.

Grupo Normal

En este grupo se observa (Tabla 15) que las correlaciones mayores se presentaron para el caso de los sucesos negativos del Área Familiar y la variable Conflictos Familiares (.343); y entre las variables CONFAM y BAJAES (.437).

Es lógico pensar que en una familia que presenta conflictos entre sus miembros, el adolescente que pertenece a dicha familia, experimente sucesos estresantes familiares (tales como alcoholismo de padre o madre, enfermedades en alguno de los miembros de la familia, etc.) en mayor medida que el adolescente que pertenece a una familia con relaciones más satisfactorias entre sus miembros.

También esto demuestra que incluso en los grupos de adolescentes "normales", existe una relación alta y significativa entre la calidad de las relaciones familiares y el nivel de autoestima que experimentan los chicos. De acuerdo a los resultados, a mayor nivel de conflictos familiares, es menor el nivel de autoestima (en una relación de .437), aunque se sobreentiende que no es la única variable inmersa en la baja autoestima.

Grupo Clínico

En este grupo, las mayores correlaciones se presentaron entre los sucesos negativos del Área Familiar y los del Área de Logros y Fracasos (.640); entre estos primeros y los sucesos negativos del

Capítulo VI. Análisis de Resultados y Discusión.

Área Social (.617); entre los sucesos negativos del Área de Logros y Fracayos y los del Área Social (.502) y entre las variables CONFAM y BAJAES (.423) (Tabla 16). En general las correlaciones de este grupo fueron mayores que las que se encontraron en el grupo normal.

Para el grupo clínico, existe relación entre sucesos negativos del área familiar y el hecho de que el chico o chica no logre sus metas. A mayor cantidad de sucesos negativos en la familia, mayores fracasos experimentan los jóvenes que pertenecen a dichas familias.

También, mientras mayores sucesos negativos al interior de la familia, menor calidad en las relaciones sociales de los jóvenes. Así mismo, el área de Logros y fracasos está relacionada con los sucesos negativos del área social, por lo que también ocurre que los fracasos en el área social van de la mano con los fracasos en otras áreas de su vida, como en este caso la Social.

Y por último, para este grupo, la relación entre conflictos familiares y baja autoestima también aparece, aunque no es tan fuerte como la del grupo normal. Esto significa que la baja autoestima en el grupo clínico involucra más factores que en el caso del grupo normal, mismos que no aparecen reflejados en este estudio.

La asociación entre las variables es mayor en el grupo clínico que en el grupo normal. También se encontraron mayor cantidad de correlaciones altas en el grupo clínico, por lo que no únicamente hay mayor cantidad de sucesos estresantes, sino que también las consecuencias de éstos se hacen más claras en este grupo, que en el normal.

Todas las correlaciones mencionadas, para ambos grupos, fueron significativas, es decir, no son debidas al azar sino a asociaciones entre las variables, estadísticamente significativas.

6.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

6.2.1 Reactivos con mayor frecuencia de ocurrencia

En el análisis cualitativo se encontraron algunos reactivos con mayor frecuencia de ocurrencia tanto para el grupo normal como para el grupo clínico. Estos reactivos se pueden observar en las tablas 17, 18, 19 y 20; para las variables **CONFAM y BAJAES**.

Para estas variables, el grupo clínico presentó mayor frecuencia en los reactivos que los adolescentes del grupo normal. Esto implica, mayor cantidad de conflictos familiares y autoestima más baja en el grupo clínico. Se observa que en general los reactivos siguen una dispersión similar para ambos grupos, es decir, aquellos que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo normal fueron también los que obtuvieron la mayor frecuencia en el grupo clínico; lo mismo ocurre para los de menor frecuencia. Las diferencias entre los grupos se discutirán más adelante.

En cuanto al análisis de frecuencias para los **sucesos estresantes del Área Familiar**, en la tabla 21 se pueden observar los reactivos con mayor porcentaje de respuesta para el grupo normal y en la tabla 22, para el grupo clínico. En este grupo de reactivos, se observa que para ambos grupos, tener desacuerdos serios con sus padres es lo más frecuente; y también para ambos grupos el reactivo Me castigaron injustamente, aparece dentro de los más frecuentes sucesos estresantes del área familiar. Esto nos permite inferir que tanto para los adolescentes del grupo normal como para los del grupo clínico, las situaciones que los molestan tienden a ser las mismas, pero varían en frecuencia de ocurrencia.

Cabe destacar que en el caso del grupo normal, ningún reactivo obtuvo una frecuencia mayor al 30%.

Los sucesos negativos del Área Social con mayor incidencia de respuesta, para el grupo normal, se observan en la tabla 23, y la tabla 24 muestra los del grupo clínico. Al comparar los resultados de ambos grupos, se observan similitudes, aunque con la constante de que para el grupo clínico, la frecuencia de respuesta fue mayor al igual que los porcentajes; en este grupo también aparecen

situaciones estresantes tales como asaltos o golpes, que en grupo normal no aparece con una frecuencia mayor a 30%.

Los sucesos estresantes negativos del Área de Logros y Fracayos que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo normal aparecen en la Tabla 25, mientras que los del grupo clínico, en la tabla 26. En esta variable, los reactivos que aparecen con mayor frecuencia para ambos grupos son los mismos, aunque con notables diferencias en el porcentaje de ocurrencia.

Estos resultados confirman que existen más sucesos estresantes y con más frecuencia para el grupo clínico, en las tres áreas: Familiar, Social y Logros y Fracayos.

La tabla 27 presenta la comparación entre ambos grupos, tomando en cuenta el porcentaje de respuesta a los reactivos de las variables independientes. Esta tabla se describe y analiza en la parte de las discusiones.

6.2.2 Correlación entre reactivos

De las correlaciones de Spearman que se llevaron a cabo entre los reactivos de cada una de las variables en estudio, se deducen datos interesantes:

Grupo normal

Para el **grupo normal**, no hay patrón de relación alto y significativo entre los sucesos negativos de las tres áreas exploradas (Familiar, Social y Logros y Fracayos); sin embargo, si se encontraron algunas correlaciones altas entre los reactivos de Conflictos Familiares y los de Baja Autoestima, así como entre ellos mismos.

En las Tablas 29 y 30, se puede observar que las correlaciones más altas entre estos reactivos, refieren que la Baja autoestima en un grupo normal de adolescentes, se relaciona con sentirse incómodo y torpe, sentirse inferior, impopular y criticado por otros. De estas correlaciones se desprenden otras interesantes como parecer demasiado simple o sentir que las personas están en su contra.

El único reactivo de la variable CONFAM que obtuvo una correlación mayor a .29 con los reactivos de la variable BAJAES, fue "No sentirse bien adaptado a su ambiente familiar", con "no ser capaz de relajarse". La correlación fue de .332.

Algunos de los reactivos de la variable CONFAM correlacionaron entre sí, de manera alta y significativa. Por ejemplo, "No platicar sus decisiones con sus padres", con "No sentirse bien adaptados a su ambiente familiar" (.349); No me gusta vivir en mi casa, con no sentirse bien adaptado (.573). Llama la atención, que este grupo de adolescentes "Normales", contestaron afirmativamente reactivos que se relacionan con que su madre o hermano tienen problemas con las drogas como el alcohol; y que los problemas emocionales del padre se correlacionen alta y significativamente con los problemas emocionales de la madre (.429). Este último punto pareciera obvio, sin embargo habla de la calidad de la relación y de la cohesión entre ambos padres.

Grupo clínico

Para el **grupo clínico** si se encontraron correlaciones altas y significativas entre los sucesos negativos. La tabla 31 describe el entrecruzamiento entre las áreas Familiar-Familiar, Familiar-Social y Social-Social. Aquí la correlación más alta fue: el que el padre se haya ido de la casa, que correlaciona con separación o divorcio (.571).

Dentro del área social la correlación más alta fue tener un amigo de la familia gravemente enfermo, que correlaciona con - un familiar se está muriendo (.460).

Capítulo VI. Análisis de Resultados y Discusión.

La tabla 32 muestra las correlaciones altas y significativas entre las áreas Familiar y de Logros y Fracazos. Aquí, la única correlación entre los reactivos de esta última área, es: perder el empleo – abandoné mi trabajo (.374). Y del área Familiar con Logros y Fracazos: Desacuerdos entre padres – no consigo lo que quiero (.303), me corrieron de la casa – abandoné mi trabajo (.364).

La tabla 33 muestra las correlaciones mayores a .30 entre los reactivos del Área de Logros y Fracazos y los reactivos negativos del Área Social. Aquí las correlaciones más altas se observan entre perder el empleo y abandonar el trabajo (.374), y un amigo de la familia con una enfermedad grave, y empezar a relacionarse con malas compañías (.373).

La tabla 34 muestra las correlaciones mayores a .30, en el entrecruzamiento entre las variables CONFAM y BAJAES, para el grupo clínico. En este grupo de correlaciones, la más alta fue: quiero fugarme de mi casa - siento que las personas están en mi contra (.486). Las correlaciones más altas entre los reactivos de la variable CONFAM fueron: No me gusta vivir en mi casa – no me siento bien adaptado a mi ambiente familiar (.586) y con no me esfuerzo por comprender los problemas de mi familia (.443).

Otras correlaciones altas entre los reactivos de la variable CONFAM, son: padres que cuando se pelean llegan a la violencia física – amenazan con dejarse o divorciarse (.352) y con alguno se va de la casa por un tiempo (.411).

La tabla 35 muestra las correlaciones más altas entre los reactivos de la variable BAJAES, que son: sentirse incomodo y torpe: sentirse inmaduro (.504), siento que las personas están en mi contra (.382), mi autoestima es baja (.364). Este último reactivo correlaciona además con sentirse impopular (.494), parecer demasiado simple (.312), sentirse criticado por otros (.309) y no gustarse (.306).

6.3 DISCUSIÓN

A lo largo de este estudio se ha puesto de manifiesto porqué la adolescencia es un período del desarrollo, que resulta de por sí estresante. Sin embargo, se puede hablar de niveles normales de estrés, comparados con niveles patológicos o que propician el desarrollo de problemas emocionales. De acuerdo con el Modelo Focal de la Adolescencia, los jóvenes que se ven obligados a enfrentarse a una serie de eventos estresantes al mismo tiempo, están en mayor riesgo de desarrollar psicopatología, debido a que ello retrasa o desvía el logro de las tareas propias del período del desarrollo en que se encuentran (Coleman, 1983).

En el presente trabajo, se han tomado en cuenta dos grupos de adolescentes, divididos de acuerdo a su salud mental. El grupo normal de jóvenes, presenta características de esta etapa que pueden considerarse normales, mientras que el grupo clínico de adolescentes representa a aquellos con mayores factores de riesgo, más vulnerables al estrés y/o que han estado expuestos a niveles altos del mismo en un período corto de tiempo.

Hay situaciones de falta de comunicación y de estrés dentro de la familia, que se presentan de manera normal en la adolescencia, por ejemplo, es común que peleen entre hermanos, que escondan problemas a sus padres o que en ocasiones no platiquen con ellos sus decisiones; incluso cierto grado de desadaptación al ambiente familiar o que no se lleven bien con los miembros de su familia. Todo ello se explica por el cambio en la conducta de los jóvenes producto de la búsqueda de "una nueva forma de adaptación, así como el cambio en la dinámica de la familia, el cual también es necesario para ayudar al desarrollo normal en la adolescencia ya que el estrés generado promueve su independencia y sentido de la responsabilidad (Haggerty, Sherrod, Gamerzy y Rutter, 1996).

Así mismo, cierto grado de desconfianza hacia los demás e inconformidad con ellos mismos o el darle demasiada importancia a la opinión que los otros tienen de su persona, es normal en el período adolescente ya que ante la búsqueda de identidad, es el reflejo de los otros el que me dice quien soy

durante este período. Como lo mencionan Rutter & Garnezy (1983), no resulta sorprendente que la adolescencia temprana sea el período del ciclo vital con mayores problemas emocionales mayores evaluaciones negativas de sí mismo y un incremento de pensamientos depresivos.

Sin embargo cuando esta falta de comunicación entre los miembros de la familia, los sentimientos de inadecuación o pensamientos depresivos son más frecuentes, pueden surgir otro tipo de dificultades emocionales que causen malestar significativo. Este es el caso de los adolescentes del grupo clínico. De esta manera, se analizarán las características de cada grupo, comparándolos entre sí, con el fin de tener una idea más clara acerca de lo que resulta normal y patológico durante la adolescencia.

Desde la perspectiva de Erick Erickson (1993) el peligro principal de esta etapa es una confusión de identidad o confusión de papel. La resolución negativa del conflicto de identidad puede resultar en una confusión del ego, o una incertidumbre sobre quién es uno y en qué se convertirá en un futuro. Tal es el caso de aquellos adolescentes que tengan más dificultades para llevar a cabo los tareas de la adolescencia debido a la cantidad de estrés que experimentan en esta etapa de su vida, lo cual dificulta que su energía psíquica esté dedicada a la búsqueda de dicha identidad. Podemos pensar que los adolescentes del grupo clínico se encuentran en esta situación y por tanto, se hace necesario el apoyo psicológico.

Para Kurt Lewin (1939, citado en Muss, 1999), autor de la teoría de campo, un ambiente psicológico inestable durante la adolescencia, crea inestabilidad en el individuo; por eso para comprender la conducta, es necesario considerarla junto con su ambiente. Esto nos brinda más herramientas para entender la situación de los jóvenes que viven en un ambiente estresante, lo cual se refleja en su conducta.

6.3.1 Área Familiar

La familia es muy importante para el adolescente; los padres y otros miembros de este núcleo nunca tienen un papel pasivo en la adolescencia y formación de identidad de los jóvenes; pueden ayudar u obstaculizar, pero nunca permanecen neutrales ante el desarrollo del futuro adulto (Greenberg, et al, citados en Worden, J. W., Silverman, P. R., Nickman, S., 1992).

De acuerdo a los resultados, puede observarse que en el grupo clínico hay menos comunicación y menos interés por los miembros de la familia; una buena parte de los adolescentes se percibe a sí mismos con poco esfuerzo por comprender los problemas de sus familiares (34.3%), y más de la mitad no platican sus problemas ni sus decisiones con sus padres (58.8%), sino que por el contrario, el 43.% evita que sus padres se enteren de sus problemas. Dentro de este grupo, las relaciones familiares se perciben indiferentes (14.2%), tensas (12.3%) y frías (8.3%) lo cual prácticamente no aparece en el grupo normal.

Las relaciones tensas se relacionan dentro de este grupo (clínico) con la percepción de que a todos se les trata bien, excepto a ellos (.336) y con relaciones indiferentes (.404) y frías (.320).

La adaptación al grupo familiar es muy importante porque, como se abarcó ampliamente en el capítulo III, la familia es parte de la red social del adolescente de tal forma que constituye un medio de protección contra el estrés cuando las relaciones entre sus miembros son agradables y armónicas; pero si por el contrario son tensas y frías o con pleitos constantes, se convierte en fuente de conflictos y preocupaciones que además interfieren con el desarrollo normal de los adolescentes.

No obstante, casi la mitad de los adolescentes del grupo clínico no se perciben bien adaptados a su ambiente familiar (45.6%), no se llevan bien con los miembros de su familia (33%), no les gusta vivir en su casa (38.7%), tratan de pasar el mayor tiempo posible fuera (37.7%) y además quieren fugarse

Capítulo VI. Análisis de Resultados y Discusión.

de ella (21.6%) o incluso lo han hecho (15.7%) o los han corrido de sus casas (14.7%); todo esto en una proporción notoriamente mayor a la del grupo normal (más de 120% de diferencia en la mayoría de los casos).

En el grupo normal, el hecho de que los hayan corrido de sus casas, se relaciona con que se vayan de casa (.468), un familiar se esté muriendo (.438), hayan sido golpeados por un familiar (.352), los padres se hayan separado o divorciado (.344) y el padre se haya ido de casa (.325).

La poca comunicación se presenta junto con el no sentirse bien adaptado a su ambiente familiar, no llevarse bien con los miembros de su familia y por consiguiente, que no les guste vivir en su casa (lo cual se relaciona también con los dos aspectos anteriores), para ambos grupos. En el grupo clínico, los adolescentes que tratan de pasar el mayor tiempo posible fuera de casa, por lo general tienen problemas que esconden a sus padres (.322), no comentan sus problemas con familiares (.308) ni les platican sus decisiones (.343).

Así mismo, se observa que en el grupo clínico hay más pleitos que en el grupo normal, entre toda la familia en general, tanto entre los hermanos como entre los padres y de éstos con los hijos. Casi la mitad de los adolescentes del grupo clínico (45%) mencionaron haber tenido serios desacuerdos con sus padres en el último año, lo cual sólo ocurrió al 25% de los adolescentes del grupo normal. Para el 18.6% de estos jóvenes, los pleitos entre sus padres han empeorado en el último año, comparado con un 8% de los adolescentes del grupo normal. Así mismo, las estrategias de afrontamiento que utilizan en el grupo clínico tienden más a la violencia (golpes entre hermanos, amenazas de divorcio entre padres o que algún padre se vaya de casa) que en el grupo normal, donde por lo general se dejan de hablar. En este grupo (clínico), las amenazas de divorcio se relacionan con que alguno de los padres se vaya de la casa por un tiempo (.411) o con que lleguen a la violencia física (.352). Además si llegan a la violencia física, es común que alguno se vaya de casa (.539).

Tales actitudes violentas también se presentan de los adultos hacia los adolescentes, con grandes diferencias entre el grupo clínico y el normal; 17.7% de los adolescentes del primer grupo mencionaron haber sido golpeados por algún familiar en el último año, mientras que esto se presenta en menos del 5% de los adolescentes del grupo normal.

Estos resultados coinciden con estudios previos llevados a cabo con adolescentes mexicanos Jurado 1992, citado en Ampudia, 1998), en donde se encontró que la violencia física o verbal (incluyendo amenaza de separación) entre los padres, así como algunos estilos violentos de interacción con el adolescente, resultaron variables predictoras de angustia en los adolescentes.

Así mismo, se ha encontrado que este tipo de actitudes conflictivas y violentas entre los familiares, el abuso sexual y físico y las actitudes parentales hostiles promueven conductas autodestructivas en los hijos (Spirito, Brown et al, 1989; Husain, 1990; Lester, 1990, Villarón, 1993). La exposición a los conflictos entre padres se considera un buen predictor de la adaptación emocional durante la adolescencia (Holmes y Rahe, 1967, citados en Nilzon, Kjell R.; Palmerus, Kerstin, 1997), periodo en el cual los jóvenes con esta historia familiar son más vulnerables a la depresión (Rastam, 1991; Spigelman y Spigelman, 1991, op. Cit.).

Si tomamos en cuenta que una de las funciones de la familia es la transmisión de valores y que contribuye en gran medida a cubrir necesidades de pertenencia, autoestima e identidad, la calidad de las relaciones entre sus miembros es también una muestra de la calidad de la enseñanza ética que reciben los adolescentes de estos grupos, así como la formación de su autoestima y el aprendizaje de estilos de afrontamiento que más tarde pondrán en práctica. De esta manera, si los jóvenes no han tenido la oportunidad de relacionarse de manera cercana y cálida con los miembros de este grupo primario de socialización, les será muy difícil desarrollar relaciones interpersonales cercanas y cálidas

en su vida posterior, con las repercusiones consiguientes en la red de apoyo social de que dispondrán como refugio para los eventos adversos. Lo anterior es congruente con lo expuesto por Bandura en su Teoría del aprendizaje vicario (1977, citado en Delval, 1997) y refuerza la idea de la enseñanza a través del ejemplo.

Los divorcios son más comunes entre los padres de los adolescentes del grupo clínico, pues el 20% atravesó por ello en el último año, comparado con un 8% del grupo normal. A este respecto, resalta el hecho de que para el 28% de los casos en el grupo clínico, uno de los padres se haya vuelto a casar, casi siempre el padre (9.8%); esta situación prácticamente no aparece en los adolescentes del grupo normal; así mismo, en el grupo clínico, el divorcio de los padres se relaciona con que el padre se haya ido de casa (.571) o con que los hayan corrido de casa (.344).

En el grupo clínico hay mayor ausencia de los padres; 30% contestaron que sus padres nunca están en casa, comparado con un 16.5% en el grupo normal. Esto se explica en parte por el hecho de que 27 y 23% de los padres del grupo clínico han tenido que trabajar más tiempo fuera de casa en el último año, mientras que para el grupo normal es tan solo el 14 y 13%. Así mismo, en el 24% de los casos del grupo clínico, algún padre ha abandonado el hogar en el último año, casi siempre el padre (15.2%); comparado con tan sólo el 8% de los adolescentes del grupo normal. Dicha ausencia se traduce en una falta de reglas o inconstancia en las mismas, en mayor proporción comparado con el grupo control (40.7% contra 25%).

Esta falta de reglas, producto de la ausencia paterna en las familias de adolescentes del grupo clínico, repercute en la estructura que se brinda a los hijos, la cual se traduce en un pobre auto-control que más tarde puede llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo.

Tener padres o hermanos enfermos es más común en el grupo clínico, en especial que el padre esté enfermo y que tenga problemas con el alcohol; una de las enfermedades que más se ha relacionado con el suicidio es el alcoholismo; pues provoca graves consecuencias para los hijos. 27% de los adolescentes del grupo clínico mencionaron que el último año su padre ha estado gravemente enfermo y en algunos casos fue hospitalizado, comparado con el 11.8% de los casos del grupo normal. A este respecto, una enfermedad importante grave o crónica también se ha relacionado con conducta suicida (Brent et al, 1990, Villardón, 1993). En el grupo clínico, el que el padre esté o haya estado enfermo por largo período, se relaciona con disminución de ingresos (.315), el que un familiar se esté muriendo se relaciona con que hayan empezado una actividad que no les gustaba sólo por darle gusto a sus papás (.395), la muerte de la mascota (.374), y el que hayan sido golpeados por un familiar (.301).

En el caso de los hermanos, para el grupo clínico el 11% de los casos tuvieron un hermano hospitalizado en el último año, comparado con el 4.4% de los adolescentes del grupo normal. Problemas emocionales en los padres y hermanos también son más frecuentes en el grupo clínico (39% contra 16%). A este respecto, es más común encontrar que es la madre quien tiene problemas de tipo emocional, para ambos grupos. En el último año, 10% de los casos del grupo clínico, el padre tuvo un problema emocional, mientras que el grupo normal se trata tan solo del 2%. Para el caso de la madre, los porcentajes son de 19.3 y 2.7% respectivamente para los grupos. Para ambos grupos, el que la madre tenga problemas emocionales, correlaciona de manera alta y significativa con que el padre los tenga (.411 y .429).

Estos resultados coinciden con investigaciones anteriores, en las cuales un grupo de adolescentes con problemas emocionales, eran hijos de personas que padecen algún desorden afectivo (Downey & Coyne, 1990; Gottlib, 1982; Kowalik y Gottlib, 1987; Kahn, Coyne y Margolin, 1985; Papalia, 1992), (Baron y McGillivray, 1989, en Seiffge-Krenke, 1998).

También los adolescentes del grupo control se han tenido que enfrentar a la muerte de un ser querido en el último año, en mayor proporción que los adolescentes del grupo normal. El mayor porcentaje de muertes es muerte de algún abuelo (27.9~ 17.8%), seguido por de la mascota (23.5~13%), del padre (8.3~2.5%), de la madre (7.8~ .9%) y de algún hermano (7.4~2.1%). A este respecto, se ha descrito cómo la pérdida de uno de los padres puede suponer consecuencias negativas en la estabilidad del ambiente familiar (Adam et al, 1982, Villardón, 1993).

Otro aspecto que es importante considerar es 'la disminución de los ingresos familiares, situación que también se presenta en mayor medida para el grupo clínico (27 contra 19%), la cual se explica en parte por el hecho de que en una buena proporción de los casos (22% y 12%) uno de los padres hayan perdido su trabajo en el último año, casi siempre el padre (14 y 8% respectivamente); y en el caso del grupo clínico, enfermedad grave del padre se relaciona con disminución de ingresos (.315). Las dificultades económicas en la familia se asocian a estrés, inestabilidad, inseguridad, etc.; y de hecho, el desempleo se ha asociado con el perfil del suicida (Peck, 1987, Villardón, 1993).

Como se mencionó en el Capítulo III, los cambios en las oportunidades que tienen los miembros de la familia dentro de la sociedad, también afecta la dinámica al interior de la familia, por lo que dicha disminución de ingresos es fuente de tensión en los adolescentes del grupo clínico, para quienes en apariencia también es más difícil la situación social en que se encuentra su familia. Por tanto, para los adolescentes de este grupo, es posible que no sólo sean ellos los que necesiten apoyo psicológico, sino también sus familias; como lo menciona Fishman (1989), en los casos en que existen problemas en algún miembro de la familia, e incluso si la fuente principal del conflicto se encuentra en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo exagera, las presiones externas que sufren sus miembros.

De esta manera, el apoyo que brinda la familia en situaciones de estrés, resulta notablemente diferente para los adolescentes de uno y otro grupo. En el grupo clínico, al parecer la familia es más una fuente de conflicto que de apoyo, mientras que para el grupo normal, a pesar de existir problemas en el interior de la familia, estos son menores que para el caso del grupo clínico, y presumiblemente menor que el soporte que representa la familia como núcleo primario de socialización y apoyo.

No obstante hay grandes diferencias entre los dos grupos, en lo que respecta al área familiar; también se observan similitudes en lo que respecta a los sucesos de vida que tuvieron mayor frecuencia de ocurrencia. Así por ejemplo, se había mencionado que para ambos grupos, el haber tenido fuertes discusiones con su madre o padre y haber sido castigados injustamente, son dos de los sucesos de vida estresantes con mayor frecuencia de ocurrencia, aunque con una diferencia de 20 y 8.5% respectivamente. Esto nos permite inferir que tanto para los adolescentes del grupo normal como para los del grupo clínico, las situaciones que los molestan tienden a ser las mismas, pero varían en frecuencia de ocurrencia. Para el grupo clínico hay una mayor frecuencia de estos eventos estresantes.

6.3.2 Baja Autoestima

En lo que se refiere a la estima propia, la mayor diferencia entre los grupos se encontró en la baja autoestima; una mayor proporción de adolescentes del grupo clínico se perciben con baja autoestima, comparados con el grupo normal (32.4 contra 17.3%).

Los adolescentes del grupo clínico son más desconfiados, tienen mala fama y perciben que los demás están en su contra, notablemente más que los adolescentes del grupo normal. A pesar de que

la frecuencia es menor en el grupo normal, estas percepciones están correlacionadas entre sí para ambos grupos: sentir que las personas están en su contra, sentirse incómodos y torpes, desconfiar de los demás, tener mala fama, sentirse criticado por otros y sentirse impopular. Con la diferencia de que para el grupo normal, sentir que las personas están en su contra, se relaciona también con ser temeroso de las cosas que les pasan, pero no con desconfiar de los demás o tener mala fama, lo cual se presenta con mucha menor frecuencia en este grupo.

También aparecen sentimientos de inferioridad en el grupo clínico, en mayor porcentaje que en el grupo normal; se perciben más inmaduros, menos inteligentes y menos creativos, poco hábiles, torpes e impopulares que los segundos. Para ambos grupos los sentimientos de inferioridad se presentan junto con inconformidad con su apariencia física (parecer demasiado simple); y sólo en el grupo normal correlaciona con sentirse impopular. Estos resultados coinciden con los encontrados por Ochoa (1999) en un estudio llevado a cabo con adolescentes mexicanos, en donde al definirse a sí mismos, los jóvenes omitían casi por completo aspectos de tipo físico relacionados con la "revolución fisiológica" (Erikson, 1993; pp. 235), como una forma de demostrar el conflicto que este punto les ocasiona, lo que en este estudio se encontró como parte de una baja autoestima. También esta investigación (op. cit.) demostró que los adolescentes veían a su grupo de amigos como un factor de gran importancia dentro de su proceso de individuación, por lo que no es difícil suponer que el sentirse impopular sea otro factor que contribuye a la baja autoestima en los adolescentes normales.

El 8% de los adolescentes del grupo clínico mencionaron descuido personal, mientras que este es un aspecto que prácticamente no aparece en el grupo normal. En ambos grupos existe temor con respecto a las cosas que les suceden, así como inconformidad con respecto a su apariencia física (alrededor del 30%). Este temor de lo que les pasa se presenta en el grupo normal, junto con el hecho de sentir que las personas están en su contra; mientras que en el grupo clínico, con sentirse impopular, criticado por otros y sentirse inmaduros.

En el grupo normal, percibirse con baja autoestima correlacionó con sentirse incómodo y torpe, sentirse inferior, impopular y criticado por otros. En el grupo clínico esta misma percepción de poseer una autoestima baja se relacionó además con elementos de inconformidad con su apariencia física como parecer demasiado simple y no gustarse.

Sentir que no son inteligentes, se relaciona con ser poco hábil, y en el caso del grupo normal, también con no ser capaz de relajarse.

6.3.3 Relación del Área Familiar con la Baja Autoestima

El funcionamiento familiar se ha relacionado con la autoestima de sus miembros, incluyendo la ansiedad y las características de interrelación de los adolescentes, con la resolución de conflictos y con la satisfacción familiar (Olson et al., 1989, Robinson, 2000).

Por los resultados anteriores, podemos decir que los adolescentes del grupo clínico tienen una autoestima más baja que los del grupo normal; esto se relaciona también con la forma en que se lleva a cabo la dinámica familiar. Melvin, Kohn-y Eleonor (1965, citados en Vázquez, 1983), encontraron que los adolescentes que tienen una mejor relación con sus padres (como ocurre con el grupo normal), manifiestan una tendencia a la autoestima más alta y auto-imágenes más estables, que aquellos que describen las relaciones con sus padres como más distantes (grupo clínico).

Para el grupo normal, esta relación únicamente se presenta en los adolescentes que no se sienten bien adaptados a su familia, quienes también se perciben tensos, incapaces de relajarse (.332). Para el grupo clínico, se observa que los adolescentes a quienes no les gusta vivir en su casa, tampoco se

consideran inteligentes (.303) ni capaces de relajarse (.306). También los adolescentes de este grupo que quieren fugarse de su casa por lo general tienen mala fama (.362) y perciben que las personas están en su contra (.486).

6.3.4 Área Social

En esta área, las mayores diferencias entre el grupo clínico y el normal fue la influencia de las malas compañías (24 y 7.7% respectivamente), así como la proporción en que unos y otros sufren asaltos (31 y 17%). A este respecto, cabe mencionar que dado que los adolescentes que presentan problemas emocionales tienden a sobre valorar la amistad de los que los rodean (Le Gaipa y Wood, 1981), no es de extrañar que también sean más propensos a la influencia de las malas compañías.

Así mismo, resalta el hecho de que para ambos grupos fue evidente la pérdida de amistades en el último año: empeoraron las relaciones con sus amigos (20.6 y 11.2%); dejaron de ver amigos (60 y 49%); su mejor amigo se cambió (44 y 21%) o se murió (21 y 10%); se suicidó (9.3 y 2.6%); pero en general fue mucho mayor la proporción de dichas pérdidas para los adolescentes del grupo clínico. A este respecto, es importante recordar que, como se mencionó en el Cap. III, durante la adolescencia un aspecto fundamental del intercambio entre amigos es la reciprocidad; de ahí que los jóvenes tiendan a buscar amistades con quienes se identifican y que tienen características similares, por lo que es más factible que un adolescente con problemas emocionales tienda a relacionarse con pares que también los tienen, o en su defecto, a ser vistos como raros, diferentes, etc. De ahí que también el riesgo de incurrir en malas compañías sea mayor para los adolescentes del grupo clínico, aunado ello a la ausencia paterna de que se habló anteriormente; esto a su vez incrementa los factores de riesgo y el riesgo de sufrir pérdidas de alguna amistad, para los adolescentes este grupo a onson, 1991, citado en Seiffge~ Krenke, 1998).

Por otro lado, las investigaciones al respecto demuestran que es más factible que los lazos sociales fuertes se dañen por el estrés psicológico; que los menos cercanos, porque es más probable que los miembros de la red que se encontraban en relaciones cercanas a los adolescentes, llegaran a rebasar su límite al ser colmados por demandas de apoyo (Johnson, 1991; citado en Seiffge~Krenke, 1998). De ahí que para los adolescentes del grupo clínico, haya también mayores probabilidades de perder a las amistades reales, o el apoyo de sus familiares, dado que están también expuestos a mayores cantidades de estrés.

También se manifiesta un deterioro en las relaciones de pareja o incluso terminar con él/ella, en mayor medida para los adolescentes del grupo clínico. En este grupo, se observa que cuando hay algún amigo de la familia con una enfermedad grave, también tienden a empeorar las relaciones con los amigos (.296) o a relacionarse con malas compañías (.373).

Las relaciones con los pares son especialmente importantes en la adolescencia, por lo que se puede pensar que el hecho de perder amistades, pareja o dejarse influenciar por malas compañías, tendrá repercusiones igualmente importantes en la forma en que consolidan su identidad y en general en su desarrollo dentro de este período. Así mismo, denotan una disminución de la red social de apoyo, la cual resulta un importante recurso protector frente al estrés; de tal manera que aquellos que han perdido amistades, estarán también en mayor riesgo de sufrir los efectos negativos del estrés. Esto es particularmente importante para los adolescentes del grupo clínico, quienes están expuestos a mayores niveles de estrés en sus familias, ya que de acuerdo con la literatura revisada, cuando esto ocurre, los adolescentes se orientan fuera de ésta y llegan a ser más activos socialmente con los pares (Compas, et. al. 1993).

6.3.5 Relación entre los Sucesos Negativos del Área Familiar y los del Área Social

Cuando las relaciones con los familiares no son gratificantes y por el contrario, generan estrés y conflictos, los adolescentes tienden a buscar la compañía de sus amigos como red de apoyo. Es de esperar que un adolescente que se siente ansioso o triste busque el apoyo de un amigo o pariente cercano. Por el contrario, cuando la comunicación con los amigos se dificulta, los adolescentes con disturbios tienden a buscar la ayuda de adultos ya sea parientes o no, o de sus vecinos.

Para el grupo clínico, se observa esta relación en el caso de los adolescentes que empeoraron las relaciones con sus amigos, que se relaciona con empezar una actividad que nos les gustaba sólo por darle gusto a sus papás (.348), tener al padre enfermo por largo período (.325) y que los hayan corrido de la casa (.302). En este grupo, tener un amigo de la familia gravemente enfermo se relaciona también con un familiar que se está muriendo (.460), o con el hecho de que lo hayan corrido de casa (.296). En el grupo normal, la relación entre conflictos familiares y sociales se presenta únicamente para el caso de empeorar relaciones con el novio y terminar con él (.366).

6.3.6 Área de Logros y Fracasos

Ambos grupos mencionan en una buena proporción, haber tenido un fracaso en el último año; 54% grupo clínico y 38% de los casos del grupo normal.

Es de hacer notar que casi la mitad de los adolescentes del grupo clínico mencionan no haber conseguido lo que quieren, mientras que sólo el 13% de los adolescentes del grupo normal manifiesta esta situación. Lo mismo ocurre para el caso de haber perdido algo muy preciado en el último año (46 contra 31%).

Perder el empleo y abandonar el trabajo son situaciones que se presentan en el 23% de los casos del grupo clínico, mientras sólo en el 8% del grupo normal.

6.3.7 Relación entre los sucesos negativos del área Familiar y los de logros y fracasos

En el grupo clínico, se relacionan los adolescentes que abandonaron su trabajo, con que los hayan corrido de su casa (.364); así mismo, el hecho de no conseguir lo que quieren, con haber tenido desacuerdos graves con los padres (.303).

Esta última situación corrobora la importancia del apoyo familiar en el logro de las Áreas del desarrollo y de aquellas situaciones que resultan importantes para los jóvenes.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

7.1 CONCLUSIONES

La Adolescencia es un momento clave en la formación de la identidad y para el desarrollo y manifestación de síntomas de una inadecuada adaptación. Es en esta etapa cuando se pone a prueba tanto el equilibrio personal como familiar, ya sea para apoyar al adolescente en el logro de identidad o bien, para manifestar la patología que ya se gestaba en la niñez.

Por tanto la adolescencia es un periodo crítico para prevenir problemas psicológicos posteriores como depresión, conducta suicida, conducta antisocial, etc. y brindar apoyo en caso de que éste sea necesario.

Hoy en día los adolescentes están expuestos a mayores estímulos e información, así como a cambios constantes en su esfera social. Esto crea una brecha generacional con los padres, quienes sin duda vivieron la adolescencia de una forma muy distinta a la actual. Esto dificulta la tarea del adolescente, pues es posible decir que la búsqueda de una identidad consolidada es más difícil que antaño, cuando la sociedad era más tradicional y también menos libre.

De aquí que retomemos la consideración de Takanishi (1993), sobre la importancia que debe recibir la adolescencia actualmente, pues si apenas hace un siglo se inició el estudio sistematizado de la adolescencia, a inicios del presente milenio sería importante darle jerarquía, en especial en materia preventiva.

El nivel de estrés es un buen indicador para determinar el riesgo a la salud mental de los adolescentes, medido a través de un instrumento diseñado con ese fin, como es el caso del Cuestionario de Sucesos de Vida.

Los adolescentes del grupo clínico experimentan mayor estrés en todas las áreas exploradas (Familiar, Social y Logros y Fracasos), que los adolescentes del grupo control. Si tomamos en cuenta el modelo focal de la adolescencia, entonces podemos concluir que para este grupo, llevar a cabo las tareas propias de la adolescencia será más difícil que para los del grupo normal, y de esta manera también será más difícil para ellos llegar a una edad adulta autónoma y madura, con una salud mental adecuada.

Para el grupo clínico, las correlaciones fueron mayores que para el grupo normal, lo cual denota mayor consistencia interna en las respuestas, que en aquellas del grupo normal. Tanto para los adolescentes del grupo normal como para los del grupo clínico, las situaciones que los molestan tienden a ser las mismas, pero varían en frecuencia de ocurrencia. Para el grupo clínico hay una mayor frecuencia de estos eventos estresantes. A pesar de que el presente estudio se centró únicamente en los adolescentes del DF, es posible decir que este hallazgo apoya las teorías que promueven que la adolescencia es un período normal y necesario del desarrollo, en contraposición a una creación social. No obstante, no se descarta que los factores sociales juegan un papel preponderante en la forma de vivir tanto la adolescencia como el estrés.

Los adolescentes que presentan problemas emocionales, a diferencia de los adolescentes del grupo normal, tienen como característica la percepción de que las relaciones familiares son indiferentes, frías y tensas, con poca comunicación entre sus miembros; además existen mayores conflictos, violencia física y verbal. Por tanto, es posible afirmar que cuando la familia representa una fuente de estrés más que de protección, los hijos en edad adolescente, tenderán a desarrollar problemas emocionales. Ello explica las consecuencias negativas que trae consigo ya que el hecho de tener

grandes conflictos familiares y altos niveles de estrés dentro de la familia, condiciona así mismo el aprendizaje de estilos de afrontamiento útiles para formar una red de apoyo social y resolver problemas, así como de valores y una alta autoestima.

Por el contrario, la percepción de relaciones familiares cercanas, carentes de violencia, forman parte de la red de apoyo de los adolescentes, un factor de protección contra el estrés y una ayuda hacia el adecuado desarrollo durante este periodo. La presencia de conflictos en la familia aporta elementos para que los adolescentes desarrollen una baja autoestima. En este sentido, los adolescentes del grupo clínico poseen una autoestima más baja y tienen mayores conflictos familiares que los adolescentes del grupo normal.

La forma como se presenta el estrés en ambos grupos no es de manera aislada, sino como una cadena de eventos que se suceden y que se relacionan a manera de círculo vicioso o lo que Rodríguez (1995) llamó sinergia negativa. Una situación difícil para la familia del adolescente, también genera tensiones y conflictos al interior de la familia, lo cual se manifiesta en factores de riesgo para los adolescentes como lo son la baja autoestima, la falta de una red de apoyo frente al estrés, una educación pobre en valores y en la forma de afrontar los problemas. Así, no es difícil entender porqué aquellos que están bajo mayores cantidad de estrés, tengan menos logros que los adolescentes del grupo normal. Todo ello incrementa la vulnerabilidad psicológica del adolescente. Sin embargo, hay que recordar que no se puede hablar de causalidad, sino simplemente de relación entre eventos.

Este círculo vicioso también se manifiesta en las relaciones de los adolescentes, ya que tenderán a buscar compañía de pares con iguales dificultades que ellos, lo cual incrementa el riesgo de malas compañías, de pérdidas entre sus amistades o de incurrir en conductas de riesgo. Así mismo, el estrés al que están expuestos sus familiares y amigos cercanos, es así mismo un factor de riesgo para la pérdida del lazo afectivo con este grupo de adolescentes, ya que disminuye su capacidad de brindar apoyo y por el contrario, resta tolerancia para responder a las continuas demandas de los jóvenes que se encuentran también bajo estrés.

El acontecimiento que cierra o en el cual culmina el círculo vicioso es el desarrollo de psicopatología como puede ser la depresión para el caso de estrés~evitación~falta de apoyo~depresión~estrés.

Dentro del grupo clínico, resulta imprescindible el apoyo psicológico, dado que el círculo vicioso del estrés dificulta cada vez más que estos jóvenes pudieran lograr por sí mismos, mayores recursos protectores frente al estrés; así mismo, a pesar de que en este estudio no se tomaron en cuenta los factores de vulnerabilidad biológica, sería necesario dar prioridad a los jóvenes que, además de estar bajo altos niveles de estrés y sin recursos protectores medioambientales para hacerle frente, son vulnerables biológica y psicológicamente como se describió en el capítulo III.

Este estudio enfatiza la importancia de la prevención en los esfuerzos sobre salud mental, ya que mientras más temprana sea la intervención, mejor es el pronóstico. Así mismo, en ocasiones es durante el periodo adolescente que los jóvenes buscan ayuda, aunque no siempre existan facilidades para brindársela.

Por otro lado, es importante no pasar por alto las patologías subclínicas dado que son éstas las que se presentan con mayor frecuencia y también las que más aquejan a la población adolescente, sin embargo, de no ser atendidas pueden pasar a formar parte de los grupos clínicos no atendidos.

7.2 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO

Capítulo VII. Conclusiones

Los objetivos planteados se cumplieron, sin embargo, se dejó fuera la investigación de los estilos de afrontamiento y la personalidad, los cuales han sido de gran utilidad en el estudio del estrés y para distinguir a los adolescentes que requieren de apoyo psicológico de aquellos que se desarrollan con mayores recursos protectores y son capaces de afrontar por sí mismos las dificultades que se les presentan.

Así mismo, es necesario llevar a cabo estudios diferenciales de acuerdo al género y edad de los adolescentes, ya que la literatura ha demostrado que el estrés se vive de manera diferente para hombres que para mujeres y también son diferentes las características dependiendo de la etapa en que se encuentren (adolescencia temprana, media, tardía) de tal manera que es posible que ciertos sucesos relacionados con la falta de apoyo por parte de los padres afecten en mayor medida a los adolescentes más jóvenes mientras que los relacionados con los amigos afecten más los adolescentes tardíos.

Las condiciones socioeconómicas en que viven los adolescentes es un aspecto que no se retomó en esta investigación y que ha demostrado ser importante en la vivencia del estrés, los sucesos estresantes y el desarrollo de psicopatología. Sería importante retomarlo, tomando en cuenta las condiciones de desigualdad y muy diversos estratos sociales que imperan en México.

Los eventos de vida positivos son un aspecto no contemplado en el presente trabajo, cuyos objetivos se enfocaban a la existencia de conflictos y eventos estresantes negativos; sin embargo, juegan un papel importante en el desarrollo de patología e incluso su utilidad como recursos protectores frente al estrés sería motivo de investigación con el fin de entender de manera más cabal la forma en que actúa el estrés.

La diferencia en el grado de estrés que puede producir un evento es otro aspecto que no se analizó a profundidad, ya que a pesar de que se tomaron en cuenta los sucesos Normativos o No Normativos en la calificación por área de sucesos, se dejó fuera en el análisis cualitativo, lo cual brinda material interesante para investigaciones posteriores.

Finalmente el análisis estadístico llevado a cabo fue adecuado para los fines de esta investigación; no obstante, sería interesante retomar la vivencia del estrés como un modelo estadístico, junto con las características de la adolescencia, de personalidad y de afrontamiento. Tales objetivos rebasan este estudio.

Como limitaciones se encontró el poco apoyo que en ocasiones brindan las escuelas para llevar a cabo investigaciones de este tipo, lo cual dificultó que hasta cierto punto la muestra de adolescentes estuviera del todo balanceada. Otra limitación se refiere al hecho de que fue muy importante tomar en cuenta los comentarios de los maestros con respecto a los alumnos, para poder decir que presentaban un problema de conducta; aquí se consideró el juicio de sus maestros y entrevista con el alumno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Adams, Gullotta, Markstrom-Adams (1994). *Adolescent life experiences*. 3ª ed. E.U.A.: Pacific Grove, CA Brooks/Cole Publishing Company.
- Ampudia, Rueda A. (1998) Tesis de doctorado: *Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes*. UNAM: Facultad de Psicología.
- Andrade P. (1998). Tesis de Doctorado: *El ambiente familiar del adolescente*. México: UNAM, Facultad de Psicología, C.U.
- Austad, S. (1998). *Por qué envejecemos*. España: Paidós contextos
- Bloss, P (1985). *The Adolescence Passage. Developmental issues*. Estados Unidos: International Universities Press Inc.
- Branden N. (2001). *El respeto hacia uno mismo*. México: Paidós.
- Caparrós, Nicolás (1977). *Crisis de la familia: revolución del vivir*. Madrid: fundamentos.
- Capuzzi, D. y Golden, L. (1988). *Preventing adolescence suicide*. E.U.A.: Accelerated Development Publisher.
- Casullo, M. (1998) *Adolescentes en riesgo. Identificación y Orientación psicológica*. Argentina: Paidós.
- Seiffge-Krenke y Shulman, S. (1993). Stress, coping and relationship in adolescence. En: S. Jackson y H. Rodriguez (Eds.) *Adolescence and its social world*, (Cap 8) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Coleman (1993). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C. y Wagner, B. (1987). Assessment of Mayor and Daily Stressful Events During Adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. University of Vermont. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 55 no. 4, 534-541.
- Compas, B. E., Wagner, B. M., Slavin, L. A., & Vannatta, K.(1986). A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high school to college. *American Journal of Community Psychology*, 14, 241-257.
- Compas, Hinden y Gerhardt, (1995). Adolescent development: Pathways and Processes of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 46: 265-293
- DeLongis, Folkman, y Lazarus, (1988). The impact of daily stress and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- Delval, J. (1997). *El desarrollo Humano*. México: siglo XXI, editores.
- Erikson, E.H. (1980). *Adolescencia y sociedad*. México: Siglo XXI
- Erikson, E. H. (1993). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Editorial Lumen-Hormé.
- Estrada, L.(1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Figueroa (2001). Tesis de Maestría: *Factores Psicosociales y de Personalidad asociados con el rendimiento académico en adolescentes del género femenino*. UNAM: Facultad de Psicología.
- Fishman, H. Ch. (1989) *Tratamiento de adolescentes con problemas: un enfoque de terapia familiar*. México: Paidós.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1984). Personal control and coping process: A theoretical análisis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 825-839.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. En: *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S., Gruen, R. J. Y DeLongis, A. (1986). Appraisal coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 371-379.
- Folkman S. y Lazarus R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Folkman y Lazarus (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Frydenberg E. y Lewis R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. ACS. España: TEA
- Mckinney, J. Fitzgerald, H y Strommen; E. (2000). *Psicología del desarrollo: Edad adolescente*. México: Manual Moderno.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. México: Taurus.

- González-Forteza y Andrade Palos (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. En: *Salud Mental*, 18, 4, 41-48
- González-Forteza, C.F. (1996). *Depresión e intentos de suicidio en adolescentes*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Jiménez Tapia, A. González-Forteza, C. Mora Ríos J. Gómez Castro, C. (1997) Acercamiento a la representación semántica del concepto "estrés" en adolescentes mexicanos. En: *Salud Mental*, 18, (1), 45-49.
- González-Forteza, Villatoro, Medina-Mora, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas (1997). Los indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes en la república Mexicana. En: *Salud Mental*, 20 (4), 1-7.
- González-Forteza, Andrade P., Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. En: *Salud mental*. 20 (1), 27-34
- González Forteza, C.; Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. En: *Salud Mental*, Número Especial.
- R. J. Haggerty, Sherrod, L. R. ; Gamerzy, N. e Rutter, M. (1996). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, P. 1-19.
- Halsband, Sergio A. (2002). Estrés y psicosis. En: *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*. 1 (1) Argentina: Editorial Polemos.
- Hoffman, L.; Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del Desarrollo Hoy*. España: McGraw-Hill.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2000). *Estadística de población por rango de edades*. México.
- Kliewer, W., & Sandler, I.N. (1992). Locus of control and self-esteem as moderators of stressor-symptom relations in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 393-413
- Laing R. D. (1986). *El cuestionamiento de la familia*. España: Paidós Estudio.
- Lawrence, S. N., Juliani, M. y Shapiro, (1993). Psychosocial Development in Normal Adolescence. En : *Adolescent Health Care. A practical Guide*. 3º ed. E.U.A.:Erlbaum Associates, Publishers..
- La Gaipa, J. and Wood, H. D. (1981). 'Friendships in disturbed adolescents'. En: S. Duck and R. Gilmour (eds), *Personal Relationships 2: Personal relationships in disorder* (pp. 169-189). London: Academic Press
- Lengua, L.J., Sandler, I.N., West, S.G., Wolchik, S.A., & Curran, P.J. (1999). Emotionality and self-regulation, threat appraisal, and coping in children of divorce. *Development and Psychopathology*, 11, 15-37.
- Lieberman, F. (1981). *Trabajo social, el niño y su familia*. México: Pax-México.
- Martínez, L. (1995). Tesis de Licenciatura: *La influencia de la autoestima y la asertividad en un programa de educación sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos*. México: UNAM, Facultad de Psicología, C.U.
- Mazur, E., Wolchik, S.A., Virdin, L., Sandler, I.N., & West, S.G. (1999). Cognitive moderators of children's adjustment to stressful divorce events: The role of negative cognitive errors and positive illusions. *Child Development*, 70, 231-245.
- Moos, R. (1990). Escalas de clima social. Familia (fe), trabajo (nes), instituciones penitenciarias (cies), centro escolar (ces). Madrid: TEA.
- Morris, D. (2000). Masculino y femenino. Claves de la sexualidad. España: Plaza & Janés editores S. A.
- Muuss, R. E. (1999). *Teorías de la Adolescencia*. México: Paidós Estudio.
- Nilzon, Kjell R.; Palmerus, Kerstin, (1997) The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. En: *Adolescence*. EUA: Lawrence Erlbaum
- Ochoa I. (1999). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Papalia, Diane. (2000) "Desarrollo Psicológico". Edit. McGraw-Hill, México.
- Plunkett, Henry y Knaub (1999). Family Stressor Events, Family Coping, and Adolescent Adaptation in Farm and Ranch Families. En: *Adolescence*, 34 (133), 147-167

- Reeve, J. (1996). *Motivación y Emoción*. España: McGraw-Hill.
- Riesch, Susan K.; Jacobson, Gloria A, (1994) *Meaning of stressful life experiences as described by nine to eleven year old children: a phenomenological study*. Pp. 45- 65
- Jackson, S., Rodríguez, H. (1993). *Adolescence and its social worlds*. EUA: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Rodríguez, P. (1995) Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: Editorial Presencia .
- Roth y Cohen (1986). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. En: *Psychological Bulletin* 98 (2), 310-357.
- Rutter & Garmezy, (1983). *Stress, Coping, and Development in Children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Sandler, I. (Ed.). (1997). Meta-analysis of primary prevention programs for children and adolescents [Special issue]: *American Journal of Community Psychology*, 25(2).
- Sandler, I.N. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29, 19-61.
- Sandler, I.N., Reynolds, K.D., Kliever, W., & Ramirez, R. (1992). Specificity of the relation between life events and psychological symptomatology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 240-248.
- Seiffge-Krenke (1998). *Adolescence Health. A developmental perspective*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (2000). *Estadísticas de mujeres embarazadas y productos, en diferentes rangos de edad*. México.
- Takanishi, Ruby. (1993). Changing Views of Adolescence in Contemporary Society. En: *Teachers College Record*. Vol: 94. No. 3. 459-465.
- Vázquez, P. (1983). Tesis de Licenciatura: *Diferencia en el autoconcepto entre un grupo de adolescentes hijos de madre soltera y un grupo de adolescentes hijos de hogar integrado*. México: U.N.A.M.; Facultad de psicología, C.U.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación.
- Jovonen, J; Wentzel, K. (1999). *Motivación y adaptación escolar: factores sociales que intervienen en el éxito escolar*. México: Oxford University.
- Worden J. W., Silverman, P. R., Nickman, J. (1992). Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 494-503.
- Wyman, P.A., Sandler, I., Wolchik, S.A., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler & R.P. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 133-184). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.