



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACION A LA U.N.A.M 8898-25

**ANSIEDAD Y AUTOLESIÓN:
FACTORES PREDICTORES DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
EN ADOLESCENTES DE 16 Y 17 AÑOS DE EDAD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:
ADRIANA REYES FLORES
ANA KAREN ROJAS INCLÁN

ASESORA:
LIC. EN PSICOLOGÍA LIZBETH CASTRO AMARO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A aquellos seres especiales que junto con nosotras perseveraron y nos apoyaron para ver materializado este logro; realizado con su amor, amistad y compañerismo...

Bambú Japonés

No hay que ser agricultor para saber que una buena cosecha requiere de buena semilla, buen abono y riego constante. También es obvio que quien cultiva la tierra no se impacienta frente a la semilla sembrada, halándola con el riesgo de echarla a perder, gritándole con todas sus fuerzas: ¡Crece, por favor!

Hay algo muy curioso que sucede con el bambú japonés y que lo transforma en no apto para impacientes: siembras la semilla, la abonas, y te ocupas de regarla constantemente.

Durante los primeros meses no sucede nada apreciable. En realidad, no pasa nada con la semilla durante los primeros siete años, a tal punto que, un cultivador inexperto estaría convencido de haber comprado semillas infértiles.

Sin embargo, durante el séptimo año, en un periodo de sólo seis semanas la planta de bambú crece ¡más de 30 metros! ¿Tardó sólo seis semanas crecer? No, la verdad es que se tomó siete años y seis semanas en desarrollarse.

Durante los primeros siete años de aparente inactividad, este bambú estaba generando un complejo sistema de raíces que le permitirían sostener el crecimiento, que iba a tener después de siete años.

Sin embargo, en la vida cotidiana, muchas veces queremos encontrar soluciones rápidas y triunfos apresurados, sin entender que el éxito es simplemente resultado del crecimiento interno y que éste requiere tiempo.

De igual manera, es necesario entender que en muchas ocasiones estaremos frente a situaciones en las que creemos que nada está sucediendo.

Y esto puede ser extremadamente frustrante.

En esos momentos (que todos tenemos), recordar el ciclo de maduración del bambú japonés y aceptar que “en tanto no bajemos los brazos” ni abandonemos por no “ver” el resultado que esperamos, sí está sucediendo algo, dentro nuestro...

Estamos creciendo, madurando.

Quienes no se dan por vencidos, van gradual e imperceptiblemente creando los hábitos y el temple que les permitirá sostener el éxito cuando éste al fin se materialice.

*Si no consigues lo que anhelas, no desesperes...
Quizá sólo estés echando raíces...*

Anónimo

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que nos abrieron las puertas y nos brindaron la oportunidad y apoyo en la realización de nuestra tesis; este proyecto también es suyo, sus huellas quedaron plasmadas en él.

A nuestros Profesores de la Preparatoria Of. No. 29; es un orgullo haber pertenecido a mencionada institución, resultó grato haber realizado nuestra investigación con cada uno de sus alumnos y ustedes:

Juan Domínguez Tenorio, Darío Tufiño Bautista, Guillermina Martínez Toriz, Gracia Araceli Aguiñaga Pérez, María Magdalena Torres Galicia, Rosa Amaro Soriano, Alfonso Martínez Pérez, Maribel Rojas Inclán, Josefina Rodríguez Pacheco, Manuela Amador Sánchez, María Elena Cruz Domínguez, Martha Valencia Galicia, María Eugenia Reyes Sánchez, Genoveva Violeta Sánchez Mora, Brenda Renata Granados Vanegas, Ismael Velázquez Moysén, Celso Amaro Soriano, Miguel Galicia Carrillo, Armando Pérez Ibáñez, Normando Palacios Reyes, Aurelio Alberto León Chávez.

A nuestros compañeros, por su invaluable apoyo, tiempo y dedicación a esta investigación:

Ilse Hernández Morales, Lydia Guadalupe Ponce Rayón, Gricelda Ríos Aguilar, Alejandra Vidal Valencia, Luz María Mejía Rodríguez, Maira Mayorga Rosas, Seila García Rodríguez, Adaneri López Sandoval, Pascual Perea Corona, Diana Elena Rodríguez Rodríguez, Alma Rosa Cano Gómez, Beatriz Xochicale Saturnino, Noemí Galán Rodríguez, Blanca Águila Santos, Adriana Joan Flores González, Mayte Cacho Barrios, Alfonso Alejandre Suarez, Edith Isabel Rueda Cruz, José Edi Rivera Valencia, Liliana Díaz Rodríguez, Mauricio García Martínez, Oscar Martínez, David García Martínez, Tania Nayeli Neria, Ada Carmen Martínez Padilla, Zury Yared Guadiana De la Cruz, Patzy Joselyn Sánchez Medina, Samantha Alvarado Pineda, Mariela Villanueva Martínez, Sandra Sánchez Ortiz, Zaira Galicia Venegas y Alejandra Sánchez Pérez.

A nuestras asesoras de tesis

*Les agradecemos de todo corazón **Profesora Liz Castro** y **Profesora Ivonne Carreón**, porque sus conocimientos y excelente preparación fueron la clave para que este proyecto se llevara a cabo de la mejor manera. Gracias por su paciencia, su apoyo intelectual y moral brindado. En nuestra mente quedan grabados los interesantes momentos de asesoría, porque en la institución y en su hogar nos recibieron de la mejor manera, nos hacían sentir como en casa, porque además de aprender de ustedes como profesoras, pudimos aprender de ustedes aspectos para la vida.*

¡Siempre serán y formarán parte de esta enriquecedora travesía!

Al Profesor Noel

Por su invaluable apoyo en este proyecto. Gracias por confiar en nosotras, por hacer de nuestra tesis un mejor trabajo, por su exigencia, paciencia y excelente calidad en lo que ejerce.

Al Profesor Jaime Castillo

Gracias por el apoyo brindado, porque desde un principio se dio el tiempo para sentarse con nosotras y orientarnos en sus excelentes conocimientos matemáticos y computacionales.

CON AMOR Y APRECIO, ADRIANA:

Hay muchas personas a quienes agradecer, porque de alguna forma fueron de gran apoyo y lo seguirán siendo, gracias a mi esposo, familia, amigos, profesores y compañeros de trabajo, porque los considero como ángeles que mi Padre Celestial pone en mi camino para mi progreso en esta vida, y que espero yo también lo pueda ser para ustedes.

A mis queridos padres *Eloisa* y *Luciano*

Gracias por ayudarme a ser posible un logro más, porque gracias a su apoyo, esfuerzo y comprensión me han inspirado confianza, impulsándome a obtener uno de mis principales objetivos. Con admiración, cariño y respeto quiero que sepan que mi principal emoción a lo largo de todo este tiempo han sido ustedes que confiaron en mí, me alentaron a seguir adelante, y por estar conmigo en los momentos más importantes. A Dios agradezco infinitamente por todo y por tenerlos a ustedes llenando de dichas y amor cada día de mi vida. Muchas gracias por su apoyo y por ser unos padres maravillosos. LOS AMO!

A mi amado esposo

*Gracias **Asael** por motivarme todos los días, por recordarme que siempre hay algo que se puede hacer, por tu gran paciencia y apoyo para el logro de este proyecto, por hacerme saber que las pruebas las podemos superar juntos, por ser una gran alegría en mi vida, por la confianza mutua que hemos desarrollado, gracias mi amor por querer compartir tu vida conmigo, y en resumen gracias por tu gran amor, que no dudo durara por toda la Eternidad, TE AMO CORAZÓN!*

A mis grandes hermanos

***Lucio, Jaime** y **Gaby** que te veo como una hermana, gracias por su apoyo en los diversos momentos que he pasado, por su motivación y por que me han ayudado a ver siempre la vida de forma positiva, por sus consejos, por los gratos momentos y también por las maldades de hermanos que siempre se*

disfrutan, porque todos los días me enseñan algo nuevo para la vida, y por hacerme sentir que la familia es una gran fortaleza, los Amo mucho!!

A mis suegros

***Laura y Jared** por su apoyo que nos han brindado a Asa y a mí, porque han hecho mucho por nosotros, ya que han sido una parte importante para el cumplimiento de esta meta, porque nos han ayudado a ser más llevadero este trayecto y porque me han hecho sentir muy bien como la familia que ahora somos, sepan que siempre les viviré agradecida.*

A mis amigos

Que no es posible hacer una lista de todos, porque siento que las hojas me serían insuficientes para nombrarlos a todos, pero que todos aquellos a quienes les dé a leer este apartado, saben que es para ustedes... Muchas gracias porque siempre me han hecho sentir correspondida con su hermosa amistad, porque los periodos en los que compartimos, se quedan en la memoria, y dejan su huella en la vida, muchas gracias por los gratos momentos y por hacer siempre experiencias maravillosas hasta de los momentos más sencillos, por las pequeñas reuniones que terminaban en grandes banquetes de alegrías, por los consejos, ya que siempre hace falta hasta una llamada de atención. Y sobre todo por ser una influencia positiva en mi vida ☺

A Karen Rojas Inclán

*Muchas gracias amiga, sabemos que éste es un éxito más logrado, y que nos esperan muchos más proyectos que pronto los veremos como éxitos, gracias por convertir los momentos de trabajo en momentos de constante aprendizaje, y por ser la persona que eres, ya que muy pocas veces es grato contar con compañía como la tuya, logré conocer lo valiosa que eres, te mereces mucho amiga, Te Quiero Mucho **Karolita!***

CON APRECIO Y AMOR, KAREN

Es necesario establecer un orden a manera de redacción, pero me es importante recalcar que para mí no existe orden de importancia en mencionar a aquellos seres y personas que son los responsables del logro de este sueño, mi sueño...y que en conjunto influyeron y contribuyeron a que este HERMOSO PROYECTO DE TITULACIÓN se hiciera realidad. Desde que lo inicié, incluso desde que estuvo presente en mi mente se ha convertido en parte total de mi vida; incluso me seguirá acompañando en la otra vida, cuando Dios decida llamarme. Esta TESIS ha empapado mis días de grandes experiencias y aprendizajes tanto en el ámbito académico, profesional y personal; situaciones que llenan mi ser de las mejores sensaciones que puedan existir.

A Dios

...y a todos aquellos que por medio de él me ayudan, dedico y agradezco sus infinitas bendiciones para conmigo y mi familia.

Sé que para realizar dicho Proyecto se requiere que estén presentes una serie de virtudes y valores, tales como la paciencia, la tolerancia, la perseverancia, la humildad, el compañerismo, la comunicación, el saber escuchar...el amor hacia lo que haces... Este Proyecto fue hecho con amor, gracias Dios por todo ello, pero sobre todo gracias por no permitir que este sueño desapareciera, por no permitir que nadie me alejara de esta ilusión, por darme la madurez y fortaleza necesaria en no desistir y continuar cuando se presentaron tristezas en mi vida durante este proceso. También, te agradezco las alegrías, las personas que pusiste a mi lado, las que siguen y las que por una u otra razón ya no se encuentran junto a mí, aquellos seres que se han convertido en unos verdaderos ángeles. GRACIAS POR EXISTIR, POR LA VIDA, POR NUNCA ABANDONARME Y POR SER MI AMIGO FIEL EN ESTE PROYECTO.

A mi familia

Por su paciencia, su apoyo incondicional y sus importantes orientaciones cuando necesité de consejos para seguir en el trayecto y no desviarme.

A ti mamita, el gran ángel que me motiva y me da fuerzas para seguir adelante, por ser mi fuente de inspiración y ejemplo a seguir, porque me enseñaste que siempre debemos luchar por nuestros ideales no importando si está presente la tristeza, el cansancio, la enfermedad...a pesar de ello siempre hay que permanecer con la frente en alto y continuar; gran enseñanza que inyectó mis pensamientos y me dio la fortaleza para sentarme y seguir escribiendo. Gracias por brindarme la valentía y la alegría de ser mujer. Este proyecto es tuyo. Agradezco hayas pensado en mí para traerme a la vida en este mundo y por tu gran esfuerzo de madre en sacarnos adelante. ¡Por siempre te amaré!

A mi padre por su apoyo moral y económico, porque nunca me ha dejado sola y siempre ha sido pilar en mi formación como ser humano y estudiante. Este logro también es tuyo, de mi madre, hermanos. Te quiero mucho papá, siempre te apoyaré, así como me has apoyado.

A mis hermanos por jalarme las orejas, por orientarme y por darme una sobrina y sobrinos maravillosos. Hermana tus enseñanzas fueron y siguen siendo de gran utilidad, gracias por enseñarme y corregirme. Al escribir cada letra, cada acento, cada coma... me acordé mucho de ti; eres excelente en tu trabajo; gracias por tus detalles, tus palabras de aliento, por todo tu apoyo. Hermano, gracias por existir. Hermanos, gracias por aumentar la familia, por la presencia de mis cuñados.

A mis amigos

...que son cómplices de mis aventuras, de mis palabras, de un buen café, una rica pizza, una especial plática... porque se presentan completitos para escucharme y ser parte de los momentos especiales en mi vida. Gracias por preocuparse, por compartirme sus letras para saludarme, escucharme, aconsejarme, relajarme, y

también por confiar en mí. Porque estando o no presentes físicamente, su corazón repleto de buenos sentimientos me está acompañando todo el tiempo.

¡Bellos momentos a su lado amigas y amigos, son parte de mi bonita familia, siempre valoro el que también me hagan formar parte de su vida!

A todos mis maestros

Por haberme formado como una persona con valores. Me traslado a mi etapa preescolar, primaria, secundaria, preparatoria, universidad y lo que siempre encuentro son bonitos recuerdos que diariamente me motivaron a seguir adelante y me inyectaron las ganas por seguir aprendiendo.

A mi amiga Adriana Reyes

¡Por tú compañía en este proyecto!

Ambas sabemos que no fue fácil porque nos enfrentamos a diversas experiencias; algunas buenas que nos causaban muchos momentos de risa, otras estresantes y llenas de trabajo. Pero al final, juntas logramos salir adelante y trabajar en equipo. Te quiero mucho, nuestro proyecto nos ha unido mucho más. Éxito siempre.

A todas aquellas personas que me han apoyado en el ámbito laboral

Maestro Merlos, Maestro Abel, Maestra Guille; enfrentarse a la vida laboral es una responsabilidad mayor; sin embargo, sus palabras de aliento, sus exigencias y también sus orientaciones me han ayudado a madurar y a ser cada vez más responsable.

¡Gracias por ayudarme y por confiar en mí!

En fin...agradezco a todos aquellos seres que me han hecho sentir especial en algún momento de mi vida y que me han amado; gracias por aguantarme y comprenderme.

INDICE

RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	19

CAPÍTULO I. ADOLESCENCIA

Definición de la adolescencia.....	21
Edad de la adolescencia.....	23
¿Qué es un adolescente?	26
Desarrollo en la adolescencia.....	27
2.1 Desarrollo Físico.....	27
2.1.1 Cambios hormonales.....	28
2.1.2 Madurez sexual de varón.....	30
2.1.3 Madurez sexual de la mujer.....	31
2.1.4 Influencia del desarrollo físico en las emociones del adolescente.....	33
2.1.5 Maduración temprana y tardía.....	33
2.2 Desarrollo Cognoscitivo.....	36
2.3 Desarrollo Moral.....	41
2.4 Desarrollo Social.....	46
2.4.1 Adolescencia y grupos.....	47
2.4.2 Adolescencia y amigos.....	48
2.4.3 Adolescencia y noviazgo.....	49
2.4.4 Adolescencia e internet.....	51
2.4.5 Adolescencia y autonomía.....	52
2.5 Formación de la identidad.....	53
2.5.1 Definición de identidad.....	53
2.5.2 Crisis de identidad.....	54
2.5.3 Adolescente en crisis.....	57
3. Respuestas de afrontamiento del adolescente.....	59
4. La adolescencia normal, sana y patológica.....	61
4.1 Adolescencia normal.....	61

4.2 Salud mental en la adolescencia.....	62
4.3 Adolescencia patológica.....	64
4.3.1 Aspectos influyentes en el desarrollo de una adolescencia patológica.....	71

CAPÍTULO II. ANSIEDAD

Definición de ansiedad.....	73
Tipos de ansiedad.....	74
Causas de la ansiedad.....	77
3.1 Causas de la ansiedad en el adolescente.....	77
3.2 Bases fisiológicas de la ansiedad.....	80
4. Consecuencias de la ansiedad.....	83
4.1 Consecuencias cognoscitivas.....	83
4.2 Problemas académicos.....	84
4.3 Consecuencias sobre la salud física.....	84
5. Manifestación de la ansiedad en el adolescente.....	85
6. Maneras de enfrentar la ansiedad.....	88
7. Ansiedad y otros problemas de personalidad.....	92

CAPÍTULO III AUTOLESIÓN

Definición de autolesión.....	94
Formas de autolesión.....	95
Tipos de autolesión.....	96
Autolesión estereotípica.....	96
Autolesión mayor.....	96
Autolesión compulsiva.....	97
Autolesión impulsiva.....	97
Etiología de la autolesión.....	98
Factores biológicos.....	98
Factores ambientales.....	99
Funciones de la autolesión.....	100

Presencia de la autolesión en la adolescencia.....	101
--	-----

CAPÍTULO IV PERSONALIDAD

1. Definición de personalidad.....	103
2. Personalidad en la adolescencia.....	104
3. Teorías de la personalidad.....	105
3.1 Teoría de los Rasgos.....	106
3.2 Teoría Psicoanalítica.....	107
3.3 Teoría Psicodinámica.....	108
3.4 Teoría del Aprendizaje.....	109
3.5 Teoría Humanista.....	110
4. Trastornos de la personalidad.....	111
4.1 Definición de los trastornos de la personalidad.....	111
4.2 Clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV.	113
4.2.1 <i>Sujetos raros y excéntricos (Grupo A)</i>	114
4.2.2 <i>Sujetos emocionales e inmaduros (Grupo B)</i>	117
4.2.3 <i>Sujetos temerosos (Grupo C)</i>	121
4.3 Evaluación de la personalidad de acuerdo a los perfiles de personalidad que muestra el MMPI.....	125

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.....	145
Objetivos.....	145
Hipótesis.....	145
Método.....	146
Diseño de investigación.....	146
Población.....	146
Muestra.....	146
Tipo de muestra.....	146
Variables.....	147
Instrumentos.....	148

Escenario.....	152
----------------	-----

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

Resultados de confiabilidad y validez de la prueba de autolesión.....	153
Confiabilidad.....	154
Validez de constructo.....	156
Análisis de los resultados generales de la investigación.....	156
Análisis cuantitativo de ansiedad.....	156
Análisis cuantitativo de autolesión.....	158
<i>Análisis cualitativo de la prueba de autolesión.....</i>	162
Análisis cuantitativo de la prueba de personalidad (MMPI).....	167
2.4 Correlaciones de las variables de investigación (Ansiedad, Autolesión y perfiles de personalidad).....	169
2.5 Regresiones de Ansiedad-Autolesión y Escalas de personalidad...	173
2.6 Integración de los resultados.....	183

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión y Conclusiones.....	186
-------------------------------	-----

ANEXOS.....	199
--------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	217
--	-----

RESUMEN

Actualmente la ansiedad y la autolesión se han manejado como problemas totalmente independientes en la población general, principalmente en los adolescentes, ya que se trata de un periodo de múltiples cambios físicos y emocionales; causantes de diversas problemáticas de la personalidad. Por lo que el objetivo de la presente investigación fue conocer si la presencia de ansiedad y la autolesión son variables predictoras de perfiles basados en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), que conducen a trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad. Este estudio utiliza el método no experimental mixto (Cuantitativo- Cualitativo), con un diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC), en el que participaron 130 adolescentes entre 16 y 17 años de edad que cursan en la "Preparatoria Oficial No. 29", turno matutino, municipio de Tepetlixpa, Edo. de Méx., ciclo escolar 2012-2013, a quienes se les aplicaron los instrumentos de evaluación. Los resultados de la investigación muestran que la presencia de ansiedad y autolesión desarrollan perfiles basados en el MMPI, que conducen a trastornos de la personalidad.

INTRODUCCIÓN

La etapa de la adolescencia, aquella de la que nadie escapa; siempre ha sido considerada como un periodo de grandes cambios en cada uno de los ámbitos que rodean al ser humano. Nasio (2001) define la adolescencia como un pasaje obligado, el pasaje delicado, atormentado pero también creativo, que se extiende desde el fin de la infancia hasta las puertas de la madurez. Es por ello, que al llegar a la adolescencia, cada individuo comienza a experimentar y mostrar nuevas conductas y emociones, el cuerpo comienza a sufrir diversas transformaciones, las ideas comienzan a ser diferentes y muchas veces contrastantes, las relaciones interpersonales adquieren nuevos significados. Por lo tanto, se comienzan a observar cambios en la personalidad del adolescente que vienen acompañados de diversas problemáticas emocionales y mentales que hacen vulnerable la personalidad del adolescente; sin embargo, el nivel de esta vulnerabilidad dependerá en gran medida de la funcionalidad o disfuncionalidad del núcleo familiar que rodea al adolescente. Lamentablemente el adolescente pocas veces busca soluciones a sus problemas, y si sucede lo contrario, las ejecuta de manera incorrecta, encuentra salidas que pueden hacerle sentir tranquilo pero que cada vez agrandan más el problema; si se le suman problemáticas mayores presentes, por ejemplo, la ansiedad, Horrocks (2008) indica que el adolescente tendrá una “falta de habilidad para hacerles frente”.

Actualmente aumenta la cantidad de jóvenes adolescentes que llegan a terapia y que son reportados por instituciones escolares, incluso familiares debido a la presencia de la conducta autolesiva. Problemática muy grave que llega a afectar la parte emocional y corporal del individuo que la lleva a cabo. Para entenderlo de manera más clara recurrimos a su definición. Miquel Roca Bennasar (2010), define a la autolesión como: “...infligirse de forma repetida daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado grave e incluso fractura de huesos)... Se caracteriza por la presencia de impulsos

irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos”.

No existe alguna investigación dada a conocer en la localidad perteneciente a la población con la que se realizó esta investigación o poblaciones vecinas, que nos brinden información acerca de la problemática. Sin embargo, se han realizado investigaciones abiertas al público que nos permiten conocer la existencia y prevalencia del problema. Por ejemplo, se estima que entre el 4% y el 65% de los adolescentes en la población general (Lloyd-Richardson et al., 2007; Nixon et al., 2008 Rodham, Hawton y Evans, 2004; citados por Meza, 2010), y alrededor del 82% de adolescentes de la población clínica (Nock y Prinstein, 2004; citado por Meza, 2010) se autolesionan. Un estudio realizado con preadolescentes mayoritariamente hispanas, indicó que el 56% se autolesionaba (Hilt, Nolen-Hoeksema y Cha, 2008; citados por Meza, 2010). Estudios realizados en muestras grandes y equitativas (en cuestión de género) han encontrado tasas de autolesión similares en hombres y mujeres (Briere y Gi, 1998; Klonsky et al., 2003; Whitlock et al., 2006; citados por Meza, 2010). En México, la investigación sobre la autolesión es dramáticamente escasa, limitándose a muestras pequeñas dentro de la población clínica (González, 2008; Henestrosa, 2006; citados por Meza, 2010). Sin embargo, investigaciones en el área metropolitana revelaron que entre el 8% y 14% de jóvenes entre los 12 y los 18 años, refirieron haberse autolesionado cuando menos 5 veces en el año anterior a la realización del estudio (Santos, 2007; citado por Meza, 2010).

Retomando la definición de autolesión, se hace énfasis al apartado de ansiedad, como dato relevante en la relación de éstas dos problemáticas presentes en el adolescente. Definiéndose a la ansiedad como la “emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia y por tendencia a evitar o escaparse” (Davidoff, 1989). Fleeffe, (1945); Hertzman, (1948), y Spivack, (1956); citados en Jersild (1972) mencionan que muchos de los adolescentes sufren de problemas personales que pueden ser una expresión de

ansiedad o una fuente de ansiedad. Por ello, el objetivo de este trabajo es realizar una investigación cuantitativa-cualitativa que nos permita conocer si la ansiedad y la autolesión son variables predictoras de perfiles, basados en el MMPI, que puedan conducir al desarrollo de Trastornos de la Personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad. Dichos perfiles de la personalidad dan a conocer la verdadera problemática del sujeto, ya que indican una serie de rasgos que justifican la conducta del individuo adolescente. Puede observarse que nuestra curiosidad es grande, porque no nos es posible aceptar que el hecho de causarse daño a si mismo sea una problemática tan simple que sólo pueda quedar en conductas.

Además, es preocupante el hecho de saber que nos encontramos rodeados de adolescentes con grandes preocupaciones, ansiedades y que recurren a solucionar sus problemas por medio de la autolesión. Lamentablemente hoy en día se observa la nula comunicación entre padres e hijos, la poca comprensión y apoyo hacia los cambios emocionales. Se crítica todo el tiempo al adolescente como aquel ser que por todo tiene la culpa, sin embargo, muy pocos se atreven a acercarse y enterarse que el mundo interno del adolescente se encuentra hecho pedazos, a pesar de observarlo bien anímicamente. No sabe cuál es la solución correcta, incluso muchas veces no analiza soluciones y llega a actuar por impulso; al final el adolescente piensa que es la solución correcta y sus problemas se siguen agravando, al grado de llegar a patologías más graves como lo son los Trastornos de personalidad, sobre todo si no se busca o se sigue un plan terapéutico, ya sea de prevención o intervención.

Para cumplir con el objetivo, el presente trabajo se ha estructurado de la siguiente manera: el primer capítulo se refiere a la etapa de la adolescencia, de manera que se conozcan los cambios físicos, cognitivos, morales, sociales a los que se enfrenta el adolescente y que muestran un panorama totalmente nuevo para él. Dichos cambios en su desarrollo son causantes de desequilibrios emocionales y nuevas conductas por las que es necesario que el adolescente atraviese para que pueda en un momento determinado madurar, sin embargo,

existen comportamientos anormales que afectan de manera severa la vida y personalidad del adolescente. Tales conductas y desgastes emocionales pueden llegar a enfrentarse de manera positiva o negativa, por lo que se recurre a exponer las formas de afrontamiento en el adolescente.

El segundo capítulo contiene el apartado de ansiedad en el cual se menciona a qué se refiere, los tipos, las causas, sus bases biológicas, las consecuencias, su manifestación en la adolescencia, las maneras que se utilizan para enfrentarla y la relación de la ansiedad con problemas de personalidad; el tercer capítulo integra el tema de autolesión, en el cual se abarca su definición, formas de autolesionarse, tipos de autolesión, su etiología, funciones que llega a cumplir la autolesión y su presencia en la etapa de la adolescencia; finalmente, en el capítulo cuarto se habla de la definición de personalidad, personalidad en la adolescencia, las diferentes teorías de la personalidad, trastornos de la personalidad, la definición de trastornos de la personalidad, su clasificación según el DSM-IV, trastornos de la personalidad relacionados con ansiedad y autolesión, así como la evaluación de la personalidad de acuerdo a los perfiles de personalidad que muestra el MMPI.

JUSTIFICACIÓN

El contexto en el que nos desenvolvemos nos da a conocer que una etapa muy criticada y de difícil transición es la adolescencia. Siempre se han observado distintas disfunciones que se consideran como normales en el periodo adolescente y de las cuales se piensa van a desaparecer al final de esta etapa, por ello no se llega a una búsqueda de intervención oportuna que ocasiona que los problemas se sigan agravando hasta llegar a ser parte de las cifras estadísticas donde las personas desarrollan algún tipo de trastorno en su personalidad, muchas veces al llegar a este punto se les considera como “intratables”, por ejemplo, en los ámbitos escolares, instituciones clínicas y el ámbito familiar.

Por tal motivo, los psicólogos debemos estar preparados para recibir y ofrecer un adecuado trato, diagnóstico e intervención a los adolescentes, de acuerdo a sus problemáticas presentes. Esto nos compromete a realizar un diagnóstico oportuno, ya que se tiene que saber el problema de origen para contrarrestarlo y no permitir que sigan desarrollándose situaciones de las que se es más difícil salir. En este caso, diagnosticar la presencia de ansiedad como causante de la autolesión y en consecuencia ambas desarrollar problemas más severos como los trastornos de personalidad.

Nuestro interés en la realización de este trabajo surge a partir de concluir de una forma satisfactoria nuestra primera etapa como profesionales en la interesante y humana disciplina de la psicología. Por ello, la realización de este proyecto es una de nuestras primeras metas en nuestra formación que nos permitirá seguir avanzando y creciendo en el ámbito profesional y personal. Por otra parte, surge nuestra curiosidad de poder conocer más sobre el tema de autolesión ya que aún cuando se ha escuchado hablar de este problema, no era claro para nosotros el poder determinar sus posibles causas. Esto impedía realizar un tratamiento más adecuado. Además, en nuestro trabajo terapéutico con gran aumento llegan casos de chicas y chicos adolescentes que se cortan, incluso, recibíamos comentarios

de esta problemática por parte de profesores y alumnado de la “Preparatoria Of. No. 29”, donde llevamos a cabo el estudio; situación por la cual surgía una gran preocupación en verificar y atender el problema.

Por ello, nuestra perspectiva del estudio estaba encaminada hacia la población adolescente, ya que esta vida nos brindó la oportunidad de relacionarnos con ellos, ya sea por medio del área laboral, así como en toda las demás esferas sociales en las que nos desenvolvemos.

En la realización de esta investigación se pretende identificar de una manera más clara el fenómeno de la ansiedad y la autolesión y sus posibles consecuencias, con el fin de poder establecer en un futuro un plan de intervención que impida llegar a daños más severos como los trastornos de personalidad, en los que muchas veces es difícil y en otros casos ya es imposible retroceder para sanar el problema en su totalidad.

CAPÍTULO I.

ADOLESCENCIA

1. Definición de la adolescencia

Papalia (et al., 2005) mencionan que la adolescencia es el período que nos sitúa entre la infancia que dejamos atrás y la edad adulta en la que nos embarcamos. Esta etapa marca el renacer del ser humano.

Por otro lado, Nasio (2001) define la adolescencia como un pasaje obligado, el pasaje delicado, atormentado pero también creativo, que se extiende desde el fin de la infancia hasta las puertas de la madurez. Definiré a la adolescencia de acuerdo con tres puntos de vista diferentes pero complementarios: *biológico*, *sociológico* y *psicoanalítico*:

- Desde la perspectiva **biológica**, sabemos que la adolescencia corresponde a la pubertad, más exactamente a ese momento de la vida en el que el cuerpo de un niño de 11 años es abrazado por una sorprendente llamarada hormonal. Por lo tanto, biológicamente hablando, la adolescencia es sinónimo del advenimiento de un cuerpo maduro, sexuado, susceptible de procrear.
- En cuanto a lo **sociológico**, el vocablo “adolescencia” abarca el período de transición entre la dependencia infantil y la emancipación del joven adulto. Según las culturas, este período intermedio puede ser muy corto –cuando se reduce a un rito iniciático que, en muy pocas horas, transforma a un niño grande en un adulto- o particularmente largo, como en nuestra sociedad, donde los jóvenes conquistan su autonomía muy tardíamente, dados la extensión de los estudios y el desempleo masivo, factores que mantienen la

dependencia material y afectiva del adolescente respecto de su familia. Por otra parte, Fize (2007) menciona que los psicólogos prefieren hablar de adolescencia y los sociólogos de juventud, a la que definen como la etapa del ciclo de vida en la que el sujeto sigue siendo dependiente en todos los aspectos: cívico, residencial, económico.

- Desde el punto de vista **psicoanalítico**, la adolescencia no solo es una neurosis histérica ruidosa, sino un proceso silencioso, doloroso, lento y subterráneo de desprendimiento del mundo infantil. La adolescencia es a la vez una histeria y un duelo, necesarios para volverse adulto.

El psicoanálisis (Anna Freud, Evelyne Kestemberg, Stéphane Clerget) considera la crisis de la adolescencia como “necesaria” puesto que desempeña un papel de “organizadora” de la nueva personalidad (Fize, 2007). Por otro lado, Sigmund Freud considera la adolescencia como una etapa de madurez (la capacidad de amar y trabajar) (Papalia et al., 2005).

Indiscutiblemente, la adolescencia es una de las fases más fecundas de nuestra existencia. Por un lado, el cuerpo se acerca a la morfología adulta y se vuelve capaz de procrear; por el otro, la mente se inflama por grandes causas, aprende a concentrarse en un problema abstracto, a discernir lo esencial de una situación, a anticipar las dificultades eventuales y a expandirse ganando espacios desconocidos. La adolescencia es el momento en el que nos damos cuenta de cuán vital es el otro biológica, afectiva y socialmente para cada uno de nosotros, cuánta necesidad tenemos del otro para ser nosotros mismos. La adolescencia es la edad en que las sensaciones corporales son tan apremiantes como el juicio crítico procedente de los otros (Nasio, 2001).

Por su parte, las palabras de Erickson suponen que la adolescencia es un periodo de conflicto y crisis. Otros autores psicoanalíticos acentúan todavía con mayor intensidad este punto de vista. Del romanticismo alemán (en gran parte de la influencia de G. Stanley Hall y su obra pionera sobre la adolescencia –véase Grinder y Strickland, 1963) proviene la idea de que este periodo es uno de

“tormenta y de angustia” (Rau, 1979). Similarmente, la psicología “científica” recurre a palabras rebuscadas para definir la crisis (adolescencia): “tempestad”, “edad crítica”, “originalidad juvenil”, “crisis juvenil” (Stanley Hall, 1904; Mendousse, 1909; Debesse, 1936; Pierre Male, 1962; citados en Fize, 2007). También se usan expresiones populares: “edad ingrata”, “edad de la punzada”, por sólo mencionar dos de ellas. La adolescencia es un período de mal humor, de inestabilidad, un periodo difícil de vivir. Dicho de otra manera, la adolescencia, todavía confundida con la pubertad, remitiría “naturalmente” a una identidad negativa, problemática, que implica un proceso de oposiciones de contradicciones (Fize, 2007).

1.2 Edad de la adolescencia

El desarrollo uniforme de la infancia se ve interrumpido de repente por el brote violento del crecimiento adolescente, el cual, según Tanner (1963), ocurre en las niñas generalmente entre los 10 y medio y 13 años, y en los niños entre los 12 y medio y 15 años (Rau, 1979).

Se menciona que la adolescencia se inicia con la pubescencia. En esta etapa de rápido crecimiento maduran las funciones reproductivas, los órganos sexuales y aparecen los caracteres sexuales secundarios (los que no están directamente relacionados con la reproducción: el desarrollo de los senos, del vello corporal y facial y cambios en la voz). Tras dos años esta etapa finaliza en la pubertad, cuando el individuo es sexualmente maduro y capaz de reproducirse (Papalia, 2005).

La pubertad es el periodo comprendido entre los 10 y los 14 años, fase inicial de la adolescencia (De la Fuente, 1992). Etimológicamente, el término “pubertad” define la aparición de vello púbico. Desde un punto de vista orgánico, la pubertad corresponde a la segunda fase sexual (después de la fase edípica entre los tres y cinco años), que anuncia la llegada de la madurez sexual. Ésta se

manifiesta en la mujer con las primeras menstruaciones (generalmente entre los 12 y 13 años), en el varón con las primeras eyaculaciones (de las cuales los interesados no suelen hablar, por lo que resulta más difícil determinar exactamente cuándo ocurren. No obstante, se estima que tienen lugar hacia los 13 o 14 años) (Fize, 2007).

Sin embargo, se dice comúnmente que la pubertad es cada vez más precoz, y que por ende la adolescencia empieza cada vez más temprano. Esta afirmación es en parte cierta y en parte errónea. Según la mayoría de los especialistas, la edad de la pubertad llega más temprano que antes: se ha "ganado" de tres a cinco años en un siglo. Para sostener este punto de vista, los autores se refieren a algunos estudios realizados a finales del siglo XIX, y en específico a una encuesta noruega, que establecía la edad de la pubertad femenina a los 17 años. Cabe subrayar desde un principio que este resultado es algo dudoso, y que ya en aquel entonces lo contradecían estudios estadounidenses y franceses (los de Bierre de Boismont y de Aran, por ejemplo), que establecían más bien la edad de la pubertad entre los 14 y 15 años. Basándose en esta supuesta precocidad de la pubertad, algunos autores (por ejemplo Guy Avanzini, *Le Temps de l'adolescence*, 1965) han llegado a afirmar que esta transformación tiende a adelantarse aproximadamente cinco meses cada 10 años. Una mejor alimentación y mejores condiciones generales de vida podrían explicar estos "avances" (Fize, 2007).

Buffon, seguido por Rousseau, fue uno de los primeros en mostrar que la edad de la pubertad variaba más bien en función de los pueblos, los climas, los medios sociales... así como la alimentación (Fize, 2007).

En todas las partes meridionales de Europa y en las ciudades, las chicas suelen ser púberes a los 12 años y los chicos a los 14, mientras que en las provincias del norte y en el campo las chicas apenas lo son a los 14 y los chicos a los 16. En los climas más cálidos de Asia, África y América, la pubertad llega desde los 10 o incluso desde los nueve años para las chicas. (Historia natural,

1749). Varios estudios de medicina, contemporáneos de los de Buffon llegan a la misma conclusión (Fize, 2007).

Así es como E. Beaugrand, en un libro publicado en 1865, establece la edad de la pubertad “entre los 12 y 13 años para las chicas y hacia los 15 años para los muchachos” (Fize, 2007).

De modo que observamos una notable constancia, a lo largo de la historia, de la edad promedio en la que aparecen las señales de la pubertad. Cabe recordar que tanto en la Grecia helenística como en Roma, esta edad se establecía para los muchachos a los 14 años (más o menos la edad actual). En cuanto a la joven romana, se vuelve esposa a los 17 años, sea púber o no (Fize, 2007).

Vemos también que la entrada en la pubertad de las muchachas siempre ha sido y sigue siendo más precoz que la de los chicos (lo que ya señalaba Buffon) (Fize, 2007).

En la actualidad, se estima que una pubertad “normal” empieza a los 13 años para el muchacho y a los 11 años para la muchacha, y dura, en promedio, de dos a tres años (Fize, 2007).

Finalmente, poco importa que exista o no una precocidad de la pubertad, puesto que de todas maneras la adolescencia actual se inicia antes de la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Llegamos a la conclusión de que la adolescencia actual empezaba efectivamente antes de la pubertad, y que esta segunda edad de la vida se inauguraba a los 10 años. Se puede considerar que la salida de la adolescencia coincide con el final de la preparatoria; con la entrada a un nuevo mundo (universitario para unos, profesional para otros) se entablan nuevas relaciones con los demás, se tiene otra percepción de sí mismo; en resumen, se inicia una nueva edad: la de la juventud (Fize, 2007).

1.3 ¿Qué es un adolescente?

El adolescente es un ser de carne y de sangre, una carne y una sangre renovadas al final del proceso de la pubertad. Una mente transformada por este mismo proceso, considerada como de “mala índole” por los interlocutores y los observadores de adolescentes. Durante todo el siglo XIX se percibe al adolescente como un peligro: para sí mismo, para la sociedad. De él se dicen las peores cosas: que tiene “el gusto por la violación y la sangre”, que es un agitador, propenso al desorden y a las violencias políticas (Fize, 2007).

Para Nasio (2011) el joven muchacho o la chica de hoy es un ser trastornado que, alternativamente, se precipita alegre hacia adelante en la vida, luego de pronto se detiene, agobiado, vacío de esperanza, para volver a arrancar inmediatamente llevado por el fuego de la acción. Todo en él son contrastes y contradicciones. Puede estar tanto agitado como indolente, eufórico y deprimido, rebelde y conformista, intransigente y decepcionado; en un momento entusiasta y, de golpe, inactivo y desmoralizado. A veces, es muy individualista y exhibe una vanidad desmesurada o, por el contrario, no se quiere, se siente poca cosa y duda de todo. Exalta hasta las nubes a una persona de más edad, a la que admira, como, por ejemplo, un rapero, un jefe de grupo o un personaje de juegos de video, a condición de que su ídolo sea diametralmente opuesto a los valores familiares. Los únicos ideales a los que adhiere, las más de las veces con pasión y sectarismo, son los ideales –a veces nobles, a veces discutibles- de su grupo de amigos. A sus padres les manifiesta sentimientos que son la inversa de los que siente realmente por ellos: los desprecia y les grita su odio, mientras que el niño que subsiste en el fondo los ama con ternura. Es capaz de ridiculizar al padre en público mientras que está orgulloso de él y lo envidia en secreto. Tales cambios de humor y de actitud, tan frecuentes y tan bruscos, serían percibidos como anormales en cualquier otra época de la vida, pero en la adolescencia, ¡nada más normal!

El adolescente es un ser que sufre, exaspera a los suyos y se siente sofocado por ellos, pero es, sobre todo, el que asiste a la eclosión de su propio pensamiento y al nacimiento de una fuerza nueva; una fuerza viva sin la cual en la edad adulta ninguna obra podría llevarse a cabo. El adolescente conquista el espacio intelectual con el descubrimiento de nuevos intereses culturales; conquista el espacio afectivo con el descubrimiento de nuevas maneras de vivir emociones que ya conocía, pero que nunca antes había experimentado de esa manera –el amor, el sueño, los celos, la admiración, el sentimiento de ser rechazado por sus semejantes e incluso la rabia-; y por último, conquista el espacio social al descubrir, más allá del círculo familiar y del escolar, el universo de los otros seres humanos en toda su diversidad. Ante la creciente importancia que la sociedad reviste ahora en su vida, comprende muy pronto que nada puede surgir de una acción solitaria (Nasio, 2011).

2. Desarrollo en la adolescencia

2.1. Desarrollo Físico

El desarrollo físico en la adolescencia se encuentra marcado por diversos cambios que modifican la imagen corporal del adolescente, así como la aparición de nuevos sucesos orgánicos que marcan la vida del y la adolescente, y que dan a conocer de manera clara el desarrollo por el que están atravesando. Ciertos cambios están influidos por las hormonas, causantes también de desequilibrios emocionales en el adolescente, quien comienza una desconocida y nueva etapa a través de la pubertad.

La pubertad (proceso biológico (Coon, 2005)- principio de la adolescencia (estado social (Coon, 2005) –término médico- designa justamente el período en el que se desarrollan los órganos genitales, aparecen signos distintivos del cuerpo del hombre y de la mujer, y se produce un impresionante crecimiento de la altura así como una modificación sensible de las formas anatómicas. Para el varón, es la

edad en la que se producen las primeras erecciones seguidas de eyaculación durante una masturbación, las poluciones nocturnas, el cambio de la voz y el aumento de la masa y de la tonicidad musculares, gérmene todos ellos de una virilidad incipiente. En la niña, se desencadenan las primeras menstruaciones y las primeras sensaciones ováricas, los senos crecen, la cadera se ensancha confiriéndole a la silueta el porte típicamente femenino y, sobre todo, se despierta en ella esa tensión imposible de definir que emana del cuerpo de toda mujer y que llamamos el encanto femenino (Nasio, 2011).

Las proporciones corporales cambian dramáticamente. Las niñas desarrollan unas caderas más anchas y una figura más redondeada, propias de la mujer adulta, y los niños desarrollan hombros más anchos y una estructura corporal más masiva. Junto con estos cambios, en los niños se presenta un aumento dramático en la fuerza física y en el nivel de energía, que explica gran parte de su mayor habilidad atlética. La fuerza de las niñas aumenta hasta cierto punto, pero ni remotamente como la de los niños, de suerte que a partir de este momento los dos sexos son claramente diferentes en su capacidad física. El aspecto central de este proceso de crecimiento es, obviamente, el desarrollo de los órganos sexuales y reproductivos, con los cambios concomitantes en la secreción hormonal. La primera señal del desarrollo adolescente en las niñas es ordinariamente el agrandamiento de los senos, que puede empezar en cualquier momento después de los ocho años; en los niños, el crecimiento de los testículos puede aparecer claramente después de los diez años. A estos cambios sigue el desarrollo de los órganos reproductivos y la aparición de características sexuales secundarias: vello púbico y axilar, y en los niños el cambio de voz y vello facial (Rau, 1979).

2.1.1 Cambios hormonales

Las alteraciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por hormonas, sustancias bioquímicas que son segregadas hacia el torrente sanguíneo en cantidades pequeñísimas por órganos internos

denominados glándulas endocrinas. (Craig, 2001). Las hormonas que a la larga desencadenan el crecimiento y el cambio existen en cantidades ínfimas desde el periodo fetal, sólo que su producción aumenta mucho a los 10 años y medio en las mujeres y entre los 12 y los 13 en los varones. Se presenta luego el **estirón del crecimiento**, periodo de crecimiento rápido en el tamaño y la fuerza, acompañados por cambios en las proporciones corporales (Malina y Bouchard, 1990; citados en Craig, 2001). Sobre todo en la mujer, el estirón es una señal del inicio de la adolescencia; los cambios más perceptibles relacionados con la **pubertad** (madurez sexual) aparecen más o menos un año después del estirón. Otros cambios son el aumento de tamaño y de la actividad de las glándulas sebáceas (productoras de grasa) de la piel, lo que puede ocasionar brotes de acné, además, en la piel aparece un nuevo tipo de glándula sudorípara que genera un olor corporal más fuerte. Entre los cambios sutiles precursores del estirón del crecimiento figuran un incremento de la grasa corporal; algunos preadolescentes se vuelven regordetes. En ambos sexos, la grasa se deposita en el área de los senos; se trata de un depósito permanente en la mujer y temporal en el varón. Conforme ocurre el estirón del crecimiento, los niños por lo general pierden la mayor parte de la grasa adicional, y en cambio, las niñas suelen conservarla. Ambos sexos presentan una gran variabilidad en el periodo en que aparecen los cambios hormonales asociados con el comienzo de la adolescencia (Craig, 2001).

Las hormonas “masculinas” y “femeninas” se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de andrógenos –la más importante de las cuales es la testosterona- y las mujeres un mayor número de estrógenos y de progesterona (Tanner, 1978; citado en Craig, 2001). Cada hormona influye en un grupo específico de objetivos o receptores. Así, la secreción de testosterona produce el crecimiento del pene, el ensanchamiento de los hombros y la aparición de vello en la zona genital y en la cara. Por acción del estrógeno, el útero y los senos crecen y las caderas se ensanchan. Las células receptoras son sensibles a cantidades muy pequeñas de las hormonas

apropiadas, aun cuando se encuentren en concentraciones como las de una pizca de azúcar disuelta en una alberca. Las glándulas endócrinas segregan un equilibrio delicado y complejo de hormonas. Mantener el balance es función de dos áreas del cerebro: el hipotálamo y la hipófisis. El hipotálamo es la parte del cerebro que da inicio al crecimiento y, con el tiempo, a la capacidad reproductora durante la adolescencia. La hipófisis, situada por debajo del cerebro, segrega varias clases de hormonas, entre ellas la hormona del crecimiento –que regula el crecimiento global del cuerpo- y también algunas hormonas tróficas secundarias. Estas últimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, entre ellas las sexuales: los testículos en el varón y los ovarios en la mujer. En el hombre, las glándulas sexuales secretan andrógenos y producen espermatozoides; en la mujer, secretan estrógenos y controlan la ovulación. Las hormonas segregadas por la hipófisis y por las glándulas sexuales tienen efectos emocionales y físicos en el adolescente, aunque los primeros no siempre son tan profundos como cree la gente (Craig, 2001).

2.1.2 Madurez sexual del varón

Según Rau (1979) el desarrollo sexual no lo marca ningún acontecimiento único en los varones.

Craig (2001) por su parte, menciona que la primera indicación de la pubertad en el varón es el crecimiento físico de los testículos y del escroto; así como la primera emisión de semen que contiene espermatozoides viables (espermarquía).

El pene pasa por un crecimiento acelerado similar más o menos un año después. Mientras tanto, el vello púbico empieza a aparecer, pero sin que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. Durante este periodo se registra también un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. Los varones generan más eritrocitos que las mujeres por la presencia de testosterona. La primera emisión de semen puede ocurrir a los 11 años o hasta los 16. En general se produce durante el estirón del crecimiento, y es posible que

se deba a la masturbación o a sueños eróticos. Estas eyaculaciones pocas veces contienen espermatozoides (Money, 1980; citado en Craig, 2001). El cambio de voz en muchos varones, ocurre de manera muy gradual como para que constituya un hito del desarrollo (Tanner, 1978; citado en Craig, 2001).

2.1.3 Maduración sexual de la mujer

El crecimiento de los senos suele ser la primera señal de que se han iniciado ya los cambios que culminarán en la pubertad. Así mismo, lo explica Rau (1979) la primera señal del desarrollo adolescente en las niñas es ordinariamente el agrandamiento de los senos, que puede empezar en cualquier momento después de los ocho años. También comienzan a desarrollarse el útero y la vagina, acompañados del agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris. (Craig 2001). En las mujeres, el inicio de la pubertad se caracteriza por el primer periodo menstrual, o menarquía, aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación pueden ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1978; citado en Craig 2001). La menarquía, que es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niña a la adolescencia, se presenta más tarde en la secuencia, luego de que el estirón del crecimiento alcanza su punto culminante. Puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 y medio. Por lo regular la menarquía tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En una niña de talla normal, suele comenzar cuando pesa cerca de 45.4 kilogramos (Frich, 1988, citado en Craig, 2001). Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas; además suelen variar de un mes a otro. En muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce el óvulo (Tanner, 1978, citado en Craig, 2001). Rau, (1979) menciona que la ovulación y los períodos menstruales pueden ocurrir con cierta irregularidad durante varios años. Para la mayoría de las niñas el desarrollo sexual no está completo sino hasta algún tiempo después de la menarquía.

La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos. (Craig 2001)

A continuación se muestra la tabla que resume los cambios de la adolescencia.

CAMBIOS FÍSICOS CARACTERÍSTICOS DE LA ADOLESCENCIA	
CAMBIOS EN LAS NIÑAS	CAMBIOS EN LOS NIÑOS
<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los senos • Crecimiento del vello púbico • Crecimiento de vello en las axilas • Crecimiento corporal • Menarquía • Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas 	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de los testículos y del saco escrotal • Crecimiento del vello púbico • Crecimiento del vello de rostro y axilas • Crecimiento corporal • Crecimiento del pene • Cambios de voz • Primera eyaculación de semen • Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

(Craig, 2001).

2.1.4 Influencia del desarrollo físico en las emociones del adolescente

Las transformaciones corporales suelen ser causa de preocupación para los adolescentes, una fuente de incertidumbre sobre el futuro de su desarrollo corporal. Estos cambios les despiertan ansiedades de diversa índole: sentimientos de desarmonía, de extrañeza, de despersonalización...El aspecto físico preocupa en esta etapa, siendo el físico y la apariencia factores que desempeñan un papel muy importante en la autoevaluación del adolescente (Garaigordobil, 2008). Es por ello, que el adolescente tiene que adaptar las percepciones que tiene de sí mismo a una nueva imagen corporal notablemente alterada. Puede experimentar cierta torpeza al irse acostumbrando a las nuevas proporciones de las partes del cuerpo. Las primeras etapas de la adolescencia se pueden complicar para algunos jóvenes por lo que Stolz y Stolz (1951), (citado en Rau, 1979) han dado en llamar el “período de gordura de la temprana adolescencia”. Esta fase temporal puede darle al joven una apariencia algún tanto femenina y provocarle cierta preocupación por su masculinidad, especialmente si no se convence de que saldrá de ese período relativamente pronto.

2.1.5 Maduración temprana y tardía

Dentro de cada sexo la maduración temprana o tardía puede tener diferentes implicaciones sociales y psicológicas. La pubertad temprana y tardía ofrece ventajas y desventajas. Una de las desventajas de la maduración temprana consiste en que puede imponer una formación prematura de la identidad (Coon, 2005). Sin embargo, los que maduran tempranamente, tanto varones como mujeres, tienden a ser más fornidos al llegar a la madurez (Rau, 1979).

- **Madurez temprana en la mujer**

Las ventajas de maduración temprana son menos evidentes en las mujeres. En la primaria tienden a gozar de menos prestigio entre sus compañeros y su autoimagen es más pobre (Alsaker, 1992; citado en Coon, 2005), quizá porque

son más grandes y pesan mucho más que el resto de sus compañeras de clase. En los últimos años de primaria, el desarrollo temprano incluye características sexuales y es entonces cuando tienen una autoimagen más positiva, gozan de mayor prestigio entre sus compañeros y reciben la aprobación de los adultos (Brooks-Gunn y Warren, 1988; citados en Coon, 2005).

La niña que madura tempranamente, como el niño que madura tardíamente, probablemente será muy distinta de la mayoría de sus compañeras de edad. En la adolescencia temprana será más alta y más pesada que sus compañeras y suele desarrollar una estructura más robusta. Las medidas de reputación indican –como era de esperarse- que se le considera menos atractiva y menos extrovertida socialmente. Sin embargo, los datos de proyección recopilados en la adolescencia última, cuando los sujetos tenían 17 años, sugirieron que las niñas que maduran tempranamente tienen conceptos más positivos de sí mismas, menores sentimientos de inadecuación y relaciones más cómodas con los padres. Por consiguiente, la niña que madura tempranamente puede sentirse algún tanto rara y poco atractiva durante la adolescencia temprana, con una tendencia temporal a retraerse de la participación activa con sus compañeras y tal vez buscando relaciones con niños mayores de edad; pero al final de la escuela secundaria tal vez se sienta más segura de su femineidad y más crecida que sus compañeras de edad, cuya maduración lenta puede, para ese tiempo, estarles causando cierta ansiedad (Rau, 1979).

- **Madurez tardía en la mujer**

Las mujeres de maduración tardía tienen la posible desventaja de crecer más y ser más delgadas. Tienen novio más pronto, son más independientes y más activas en sus clases, pero tienen problemas en la escuela más a menudo y suelen tener relaciones sexuales antes de tiempo (Flanery et al., 1993; citados en Coon, 2005).

- **Madurez temprana en el varón**

La maduración temprana generalmente es benéfica para los varones, ya que mejora su autoimagen y representa una ventaja en el ámbito social y atlético. Por tales razones, tienden a tener más aplomo, a ser más relajados, dominantes, seguros de sí mismos y populares. Sin embargo también están más propensos a enfrentar problemas de consumo de drogas, alcohol, holgazanería, pleitos y conducta antisocial (Steinberg, 2001; citado en Coon, 2005).

- **Madurez tardía en el varón**

Los varones de maduración tardía sienten ansiedad por el retraso de su desarrollo, pero una vez se recuperan suelen ser más dinámicos, comunicativos, asertivos y tolerantes consigo mismos que los de maduración promedio (Dusek, 1996; citado en Coon, 2005).

Por otro lado, (Rau, 1979) da a conocer que de acuerdo a los resultados de una investigación, los que maduran tardíamente resultaron más activos, con mayor interés por la atención de los demás, y parecían más tensos e inclinados a tener sentimientos de inadecuación, un intenso sentido de ser rechazados y dominados por los padres, necesidades de una dependencia más prolongada, y actitudes más rebeldes.

Sin embargo, un análisis ingenioso de algunos de los datos longitudinales de Berkeley, Peskin 1967 (citado en Rau, 1979) hace notar que los maduradores tardíos gozan de la ventaja de un período más largo para consolidar los mecanismos de defensa antes de que tengan que afrontar los impulsos cada vez mayores que vienen con la madurez sexual. Por consiguiente, tienen una mayor probabilidad de desarrollar defensas más flexibles, una mayor capacidad para tolerar y expresar los impulsos, y una inclinación hacia la introspección.

2.3 Desarrollo Cognoscitivo

A pesar de los peligros de la adolescencia, la mayoría de los jóvenes emergen de estos años con madurez, cuerpos saludables y entusiasmo por la vida. Su *desarrollo cognoscitivo* también continúa. Los adolescentes no solo se ven diferentes de los niños más pequeños, también piensan de manera distinta. Aunque su pensamiento sigue siendo inmaduro en ciertos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales sofisticados, además pueden hacer planes más realistas para el futuro (Papalia et al., 2005).

Comenzaremos con definir “cognición”, el cual es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto. Entre estos procesos se cuentan los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria (Horrocks, 2008). Por otra parte Papalia (2005) menciona que la madurez cognitiva es la capacidad para pensar de forma abstracta, hecho que se alcanza ordinariamente durante la adolescencia, según Piaget (1972; citado por Papalia, 2005), entre los 11 y 20 años. Al respecto Rau (1979) señala que el crecimiento intelectual durante la adolescencia es menos dramático que el crecimiento físico. Las pruebas de las diversas aptitudes muestran un ritmo constante de incremento que alcanza su punto máximo durante los últimos años de la adolescencia o al principio de los veinte años.

Es ahora oportuno hablar sobre el trabajo de Jean Piaget, el psicólogo suizo, ya que es el punto de partida más obvio para una consideración del desarrollo cognitivo durante los años de la adolescencia. Piaget fue el primero en señalar que se debe esperar un cambio cualitativo en la naturaleza de la capacidad mental en la pubertad o entorno a ella, más que un aumento simple en la destreza cognitiva, y quien sostuvo que en este punto del desarrollo es cuando

el pensamiento operacional formal se hace posible finalmente (Inhelder y Piaget, 1958; citado por Coleman y Hendry, 2003).

Es importante entender un aspecto central de la teoría piagetana el cual es considerar a la mente como un participante activo en el proceso de aprendizaje (Craig, 2001). Las estructuras psicológicas o esquemas cambian de dos formas. La primera es a través de la adaptación, constituida por dos procesos complementarios: *asimilación* y *acomodación* (Berk, 1999). La persona **asimila** la información o la experiencia si corresponde a su estructura mental. En caso contrario, simplemente la rechaza o la **acomoda**. Así, pues, la asimilación consiste en interpretar las nuevas experiencias a partir de las estructuras actuales de la mente, llamadas **esquemas**, sin modificarlas (Craig, 2001).

Cabe destacar que debido a su formación en Biología, Piaget vio el desarrollo cognitivo como un proceso adaptativo. Actuando directamente sobre el ambiente, las personas pasan a través de cuatro etapas en las que la estructuras internas alcanzan un mejor ajuste con la realidad externa (Berk, 2008).

A continuación se realiza un breve resumen de las cuatro etapas de las que habla Piaget, de las cuales nos enfocaremos a la última de ellas donde se habla principalmente de su desarrollo en el adolescente:

- *Etapasensoriomotora* (nacimiento a dos años): El niño descubre el mundo observando, tomando las cosas con las manos, llevándoselas a la boca o por medio de otras acciones. La inteligencia se basa en los sentidos y en el movimiento corporal, comenzando con los reflejos simples que dan origen a conductas voluntarias más complejas (Craig, 2001).
- *Etapapreoperacional* (de los dos a los siete años aproximadamente): El niño se forma conceptos y utiliza símbolos como el lenguaje para comunicarse mejor. Los conceptos se limitan a su experiencia personal e inmediata. En esta etapa posee nociones muy estrechas, a veces

“mágicas”, de la casualidad y le es difícil clasificar los objetos o los hechos (Craig, 2001).

- *Etapas de las operaciones concretas* (de los siete a los 11 o 12 años): El pensamiento es mucho más lógico y organizado que en los años preescolares. La habilidad para conservar indica que los niños pueden mejorar y cambiar por completo el pensamiento. Además, son mejores en la clasificación jerárquica, seriación e inferencia transitiva. Los niños en edad escolar tienen una comprensión mejorada de la distancia y dan direcciones de forma clara. Los mapas cognitivos son más organizados y precisos durante mitad de niñez (Berk, 1999).
- *Etapas operacionales formales* (de los 11 ó 12 años en adelante): Aparece el pensamiento abstracto. Los adolescentes utilizan un *razonamiento hipotético deductivo*. Cuando se enfrentan a un problema, piensan en todas las posibilidades, incluyendo las que no son obvias, y las examina con respecto a la realidad de forma ordenada. También se desarrolla el pensamiento proposicional. Los jóvenes pueden evaluar los enunciados verbales lógicos sin contratarlos con las circunstancias del mundo real (Berk, 1999).

Este desarrollo, por lo regular alrededor de los 11 años, les da una nueva y más flexible forma de manipular la información. Al no estar ya limitados al aquí y ahora, pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre. Además, pueden usar símbolos para símbolos (por ejemplo, hacer que X represente un número desconocido) y por ende pueden aprender álgebra y cálculo. También aprecian mejor la metáfora y la alegoría y de esta forma encuentran significados más ricos en la literatura (Papalia et al, 2005).

Por su parte, Sternberg (1988; citado en Coleman y Hendry, 2003), adopta lo que él llama un enfoque “componencial” para el desarrollo intelectual. Sternberg (1996; citado en Coleman y Hendry, 2003), perfila cinco componentes. El primero está relacionado con la atención: los jóvenes muestran mejoras tanto

en la atención selectiva (conocer a qué claves tienen que atender) como en la atención dividida (poder atender a más de un conjunto de claves a la vez). En segundo lugar, durante los años de adolescencia existe una mejora tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo, lo que constituye una ayuda importante al estudiar para los exámenes y para otros trabajos que tienen que ver con la escuela (Keating, 1990; citado en Coleman y Hendry, 2003).

Sin importar el tipo de tarea cognitiva, los investigadores encuentran que los adolescentes mayores pueden procesar información con una tasa más rápida que los de menor edad. Se pueden ver mejoras también en las estrategias de organización de los jóvenes (Siegler, 1988, citado por Coleman et al., 2003): Es más probable que los adolescentes planifiquen las tareas que implican memoria y aprendizaje, y los jóvenes tienen mayor capacidad para tomar distancias y preguntarse qué estrategia podría ser más efectiva en una situación particular. A medida que maduran, tienen más capacidad para pensar en sus propios procesos de pensamiento (Coleman y Hendry, 2003).

Con la aparición de las operaciones formales, el joven pasa a tener a su disposición varias capacidades importantes. Quizá la más relevante sea la capacidad para construir proposiciones “contrarias a los hechos”. Este cambio se ha descrito como un desplazamiento de énfasis en el pensamiento adolescente de lo “real” a lo “posible”, y facilita un enfoque *hipotético-deductivo* para la resolución de problemas y para la comprensión de la lógica proposicional. También permite al individuo pensar en los constructos mentales como objetos que se pueden manipular, y aceptar las nociones de probabilidad y creencia (Coleman y Hendry, 2003).

Haciendo referencia al párrafo anterior, con respecto a las proposiciones “contrarias a los hechos”, Craig (2001) menciona que esta capacidad incide en la relación de los adolescentes con sus padres. Los adolescentes comparan a su progenitor ideal con el que ven todos los días. A menudo adoptan una actitud crítica ante las situaciones sociales, entre ellas la familia y en especial sus padres.

Elkind (1996; citado por Horrocks, 2008) indica: “el adolescente está bien consciente de la arbitrariedad de su hipótesis y de que necesariamente ésta no está relacionada con los hechos”.

Por lo tanto, las disputas familiares suelen intensificarse durante los primeros años de la adolescencia. Sin embargo, muchos investigadores creen que son muy útiles los altercados por actividades diarias como los quehaceres domésticos, la ropa, las tareas escolares y las comidas. Le permiten al adolescente probar su independencia en cuestiones de poca importancia y en la seguridad de su hogar. En efecto, la negociación se ha convertido en una palabra usual en la psicología de la adolescencia (Craig, 2001).

De acuerdo a lo anterior, Piaget atribuía el razonamiento formal a una combinación de la *maduración del cerebro y las mayores oportunidades ambientales*. Ambas son esenciales: incluso si el desarrollo neurológico de los jóvenes ha avanzado lo suficiente para permitir el razonamiento formal, solo pueden alcanzarlo mediante la estimulación apropiada. Una forma en que esto puede suceder es a través del esfuerzo cooperativo (Johnson, Johnson y Tjosvold, 2000; citados por Papalia et al., 2005).

Por lo tanto, entendemos que la transición al periodo de operaciones formales se debe a las presiones culturales, la necesidad de adoptar papeles adultos, la maduración de estructuras cerebrales, y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social. Parece que en condiciones óptimas, es posible lograr una aceleración considerable en el desarrollo cognoscitivo. Los adolescentes desean estimulación intelectual y, por lo común, reaccionan de manera favorable a ésta cuando la reciben. Sin embargo, no todos los adolescentes tienen la capacidad de pensar mediante operaciones formales y vuelve a las formas de operaciones concretas (Horrocks, 2008).

En general, se acepta que no todos los individuos logran dominar el pensamiento operacional formal. Mas aún los adolescentes y los adultos que lo alcanzan no siempre lo utilizan de manera constante (Craig, 2001). Se puede

suponer que ni la edad cronológica ni el mero paso del tiempo son importantes para el desarrollo cognoscitivo. Si no se tienen experiencias al transcurrir el tiempo o si por alguna razón el individuo es incapaz de aprovechar las experiencias que ha tenido, entonces es de esperarse que haya un retraso en su desarrollo cognoscitivo. Por otra parte, al enriquecer el ambiente se presenta una oportunidad para acelerar el desarrollo cognoscitivo (Horrocks, 2008). Lo que nos lleva a decir que en vez de hablar de la rebeldía y la dolorosa separación de la familia, muchos investigadores prefieren describir la adolescencia como un periodo en que padres y adolescentes negocian nuevas relaciones. El adolescente necesita ser más independiente; los padres deben aprender a darle un trato más igualitario, con el derecho de tener opiniones propias. En la mayoría de los casos, la interacción entre esas necesidades antagónicas se realiza en una relación estrecha y afectuosa con los padres (Craig, 2001).

2.4 Desarrollo Moral

Coon (2005) define al desarrollo moral como la adquisición de valores, creencias y habilidades del pensamiento que sirven de guía para la conducta aceptable; comienza en la niñez y se prolonga hasta la adultez temprana. Los valores morales tienden a ser el centro de atención en la adolescencia conforme se perfecciona la capacidad de autocontrol y de pensamiento abstracto (Fabes et al., 1999; citado por Coon, 2005).

Según los estudios y teorías de Jean Piaget (1932; citado en Papalia et al., 2005) y Lawrence Kohlberg (1964, 1968; citado en Papalia et al., 2005), definen el “desarrollo moral” como el desarrollo de un sentido individual de la justicia, Kohlberg ha centrado sus estudios más en las ideas que se tienen sobre la moralidad que en la manera de actuar. Kohlberg desarrolló seis etapas en el desarrollo del juicio moral, como se indica en la siguiente tabla (Papalia et al., 2005).

Las seis etapas del razonamiento moral según Kohlberg

NIVEL 1: PREMORAL (DE 4 A 10 AÑOS)

En este nivel es fundamental el control externo. Las normas son impuestas por otros, y se cumplen tanto para evitar el castigo como para recibir recompensas.

Tipo 1: *Orientación hacia el castigo y la obediencia.* <<¿Qué me sucederá?>>

Los niños obedecen las reglas impuestas por otros para evitar el castigo.

Tipo 2: *Hedonismo instrumental ingenuo.* <<Si tú me rascas la espalda, yo rascaré la tuya.>>

Se ajustan a las reglas en función de su propio interés y teniendo en cuenta lo que otros pueden hacer por ellos.

NIVEL II: LA MORALIDAD DE LA CONFORMIDAD CON EL <<ROL>> CONVENCIONAL (DE 10 A 13 AÑOS)

En esta etapa los niños quieren agradar a los demás. Todavía observan las normas de los demás, pero en cierta medida las han interiorizado. Quieren ser considerados <<buenos>> por aquellas personas cuya opinión tienen en cuenta. Son capaces de decidir si una acción es <<buena>> según sus normas.

Tipo 3: *Mantenimiento de buenas relaciones, aprobación de los demás, la regla de oro.* <<¿Soy una buena chica (chico)?>> Los niños quieren agradar y ayudar a otros, pueden juzgar las intenciones de los demás y desarrollar sus propias ideas de lo que es ser una buena persona.

Tipo 4: *Sistema social y conciencia.* <<¿Qué pasaría si todo el mundo lo

hiciese?>> Las personas están interesadas en cumplir con su deber, en respetar a las autoridades superiores y en mantener el orden social.

NIVEL III: LA MORALIDAD DE LOS PRINCIPIOS MORALES AUTOACEPTADOS (DE LOS 13 años HASTA LA JUVENTUD, O NUNCA)

Este nivel marca el logro de la verdadera moralidad. Por primera vez el individuo reconoce la posibilidad de conflicto entre dos normas socialmente aceptadas, y trata de decidir entre ellas. El control de comportamiento es ahora interno tanto en la observación de las normas como en el razonamiento sobre lo que es correcto e incorrecto. Los tipos 5 y 6 pueden ser métodos alternativos del nivel más alto de razonamiento.

Tipo 5: Moralidad de contrato, de los derechos individuales y de la ley

Aceptada democráticamente. Las personas piensan en términos racionales valorando el deseo de la mayoría y el bienestar de la sociedad.

Generalmente, se dan cuenta de que estos valores se apoyan mejor ciñiéndose a la ley. Aunque reconocen que a veces existen conflictos entre la ley y las necesidades humanas, creen que a largo plazo es mejor para la sociedad obedecer las leyes.

Tipo 6: Moralidad de los principios éticos universales. Las personas actúan en

función de lo que creen correcto, sin tener en cuenta las restricciones legales o las opiniones de los demás. Actúan de acuerdo con normas

interiorizadas, sabiendo que se condenarían así mismos si no actuasen así.

Fuente: Adaptado de Kohlberg (1976), en Lickona, (1976) (citado en Papalia et al., 2005).

Aunque los niños empiezan a pensar sobre lo que es correcto y lo incorrecto a edades muy tempranas, Kohlberg sostiene que no pueden alcanzar las etapas más elevadas de razonamiento moral, al menos hasta la adolescencia y que ciertas personas nunca alcanzan estos niveles (Papalia et al., 2005).

Cierta diferencia del desarrollo moral de la infancia a la adolescencia la menciona Teicher (2003) el niño es aceptado por la mamá simplemente porque es el hijo de mamá. Con el paso del tiempo, la mamá ya no se conforma con que su hijo (o hija) meramente exista, sino que reclama otras gratificaciones, como que la haga sentir contenta y feliz con determinadas conductas. Exige del pequeño hijo, en forma creciente, diversas demostraciones de sometimiento. Se suma el papá, que también pretende que el niño sea más amable con él. Poco a poco, el infante debe mostrarle al resto de la gente su inteligencia y su habilidad, como para que su familia esté orgullosa de él (Teicher, 2003).

Hay una diferencia entre la irresponsabilidad que le permite al niño y la responsabilidad que se le exige al adulto. El adolescente está en una etapa intermedia. El niño no es responsable de los demás. El adulto, por el contrario, es generalmente responsable respecto de su familia, de sus padres, de sus amigos, de sus vecinos. Y, por si fuera poco, cada vez se le exige más. El paso de la irresponsabilidad a la responsabilidad, de la niñez a la adultez, es el escalón al que la persona se enfrenta en la adolescencia. El adolescente puede acelerar o abandonar la responsabilidad asumida y volver a la responsabilidad (Teicher, 2003).

El adolescente está aprendiendo a manejar situaciones que son nuevas para él, y es conveniente que pueda hacer esa experiencia de un modo favorable. Por eso, hace falta un ámbito –uno o varios grupos de pertenencia- donde el desarrollo de adolescente se dé en forma saludable, donde los nuevos valores mantengan cierto respeto a los valores de la infancia. En esos grupos se halla todavía la familia en un lugar muy importante, aunque no ocupe ya el primer lugar (Teicher, 2003).

Papalia (et al., 2005) por su parte, señalan que el desarrollo moral depende del desarrollo cognitivo principalmente porque los niños no pueden juzgar la moralidad de la acción de otra persona hasta que no logran situarse en el lugar de las personas que resultarían afectadas por esa acción, incluido el que la realiza. Hasta que no han desarrollado las habilidades necesarias para poder situarse en el papel de otro, no puede sopesar los efectos sobre su propia conducta, dejando aparte los de otra persona. Una moralidad centrada en la persona se refleja, según Gilligan, en la historia de la mujer que probó al Rey Salomón que era la verdadera madre del niño cuando estuvo dispuesta a dar el niño a otra mujer antes que hacerle daño. Para alcanzar los más altos niveles de moralidad Gilligan considera que la justicia y la compasión deben ir unidas (Papalia et al., 2005).

Por otro lado, Carol Gilligan (1982, 1977; citado por Papalia et al., 2005) ha centrado su atención en el desarrollo moral de las mujeres que parecen destacar más en la habilidad para desempeñar un rol. Gilligan sostiene que las mujeres definen la moralidad como la capacidad de situarse en el punto de vista de otra persona y como la inclinación a sacrificarse para asegurar el bienestar de otro. Su investigación muestra que las mujeres consideran la moralidad no en términos abstractos como justicia y honradez, sino como la responsabilidad de cuidar a alguna o algunas otras personas. Su secuencia de desarrollo se muestra en la siguiente tabla.

Niveles de desarrollo moral en las mujeres según Gilligan
<p>NIVEL 1: LA ORIENTACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA INDIVIDUAL</p> <p>Primero, las mujeres se centran en lo que es práctico y mejor para ellas. Después realizan la transición del egoísmo a la responsabilidad pensando en lo que sería mejor para otras personas.</p>
<p>NIVEL 2: LA BONDAD COMO AUTOSACRIFICIO</p> <p>Este nivel empieza con la idea de que han de sacrificar sus propios deseos en beneficio de los otros, preocupándose por lo que pensarán de ellas y sintiéndose responsables de lo que hacen. A veces tratan de manipular a los demás utilizando la culpabilidad. Entonces realizan la transición de la <<bondad>> a la <<verdad>>, teniendo en cuenta sus propios deseos junto con los de los demás. La propia supervivencia vuelve a ser su principal preocupación.</p>
<p>NIVEL 3: LA MORALIDAD DE LA NO VIOLENCIA</p> <p>Establece el imperativo de no herir a nadie, incluida ella misma, establece por lo tanto una <<equidad moral>> entre ella y los demás.</p>
<p>Fuente: Gilligan, 1982 (citado por Papalia et al., 2005).</p>

2.5 Desarrollo Social

González (et al.,2008) señala que conforme los adolescentes crecen entran en contacto con el resto de los componentes de la sociedad: los amigos, la cultura, las escuela, la educación, el medio social en el que viven (urbano, semiurbano, rural), etc., que junto con sus experiencias, sus características personales y su capacidad de análisis y de reflexión son los elementos que van conformando su personalidad, su estilo y patrón de vida, sus intereses, sus expectativas, su proyecto de vida.

Siguiendo esta línea de desarrollo, Teicher (2003), menciona que el niño tiene que adaptarse a su familia, a la pequeña colectividad en que se mueve. No tiene otras opciones. En cambio, el adolescente debe optar entre tratar de seguir dentro del círculo de origen o salir al mundo. Ya no es suficiente la familia. Eso era en la niñez. Como adolescente, necesita ampliar su horizonte. Los grupos de pertenencia son otros, son los pares que se independizan de la familia y que enfrentan a la sociedad buscando un lugar en ella. Por su parte, Garaigordobil (2008) explica que la adolescencia es el momento en el que la persona consolida sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, a la realidad, al entorno social, estableciendo su adaptación y ajustes, si no definitivos, si los mas duraderos a lo largo del ciclo vital. Por una parte, consume el proceso de internalización de pautas de cultura y perfecciona el de adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y, en general, sociales. La autora reafirma que las relaciones juveniles permiten un alejamiento parcial de los padres y una primera conquista de la independencia, teniendo una función en la integración a la sociedad.

Por otro lado González et al. (2008) argumenta que hay otra manera para que los adolescentes se relacionen, es cuando realizan trabajos en equipo; algunos son de la opinión de que varias personas piensan mejor que una sola; pero hay otros que consideran que para realizar un buen trabajo es mejor hacerlo individualmente.

2.5.1 Adolescencia y grupos

Para hacer más claro el proceso que lleva a cabo el adolescente en la ámbito social, es importante reconocer que el termino “grupo” se encuentra innegablemente unido al de “adolescencia”, ya que la grupalidad es una de las manifestaciones por excelencia de la adolescencia. La trascendencia de la presencia del fenómeno grupal en este momento del desarrollo evolutivo responde a la búsqueda que el adolescente hace de una nueva identidad en un periodo de

importantes cambios en los llamados “núcleos de pertenencia”, principalmente la familia (Garaigordobil, 2008).

González (2008) menciona, que de los 12 a los 15 años en adelante se llega a la etapa social convencional, en la que se tiende a formar grupos a partir de la participación en actividades similares, como estar en el mismo colegio o pertenecer al mismo grupo deportivo o cultural, entre otras cosas, y en la que se comparten ideas o se adquiere una identidad grupal, según la cual el grupo al que se pertenece es el mejor.

Por lo tanto, es durante la adolescencia cuando aumenta considerablemente el grupo de compañeros. El adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de esta etapa. Es, pues lógico que recurran a quienes están viviendo las mismas experiencias. (Craig, 2001). Y como efecto, si hay permanencia en el grupo se puede sugerir la amistad (González, 2008).

2.5.2 Adolescencia y amigos

La amistad en la adolescencia es una relación algo difícil de definir, pero quienes la procuran la creen algo esencial e invierten una gran cantidad de energía para conservarla (González et al., 2008). En este caso las asociaciones juveniles ofrecen al adolescente un marco muy apropiado para el nacimiento y el cultivo de la amistad, teniendo un gran valor formativo. Le ofrecen la posibilidad de adquirir confianza en si mismo, desenvolverse sin la tutela paterna, descubrir la naturaleza, descubrir la sociabilidad y las premisas necesarias para una buena relación entre sexos, desarrollar el afán de aventura y el deseo de independencia y la posibilidad de comprender y ser comprendido... (Riesgo y Pablo, 1983; citados por Garaigordobil, 2008).

En esta etapa los adolescentes también expresan la convicción de que un amigo puede ser tan íntimo como la propia familia, manifestando de esta manera

cierto progreso hacia la autonomía emocional con respecto a la familia, al ir consolidando vínculos de amistad y de relaciones heterosexuales con su grupo de compañeros (Rau, 1979). Conforme los amigos se vuelven más íntimos, el adolescente tiende a acudir a ellos más que a sus padres en busca de consejo. (Craig, 2001). Sin embargo, aunque las chicas maduran más temprano que los chicos, social y físicamente, en conjunto permanecen más unidas emocionalmente a la familia (Rau, 1979).

Según Hartup (1993; citado por Craig, 2001) entre los 12 y 17 años, es más probable que el adolescente acepte afirmaciones como: “Con mi amigo puedo hablar prácticamente de cualquier cosa” y “Se lo que piensa mi amigo sin necesidad de que me lo diga”. La mayoría de los adolescentes dicen tener uno o dos “mejores amigos” y también varios “buenos amigos”. Estas amistades suelen ser estables y durar un año por lo menos. No debe sorprendernos que la estabilidad de las relaciones, aumenten con el transcurso del tiempo. El adolescente suele escoger amigos basándose en intereses y actividades comunes, y en su decisión influye mucho la igualdad, el compromiso y, en especial, la lealtad. La traición es una de las razones principales por las que se terminan las amistades en esta etapa de la vida.

2.5.3 Adolescencia y noviazgo

Craig (2001) afirma que, al mismo tiempo que aumenta la intimidad de las amistades con personas del mismo sexo, se establecen amistades con personas del sexo opuesto. Las relaciones estrechas con amigos del sexo opuesto comienzan antes entre las mujeres (Sharabany, Gershoni y Hoffman, 1981; citados por Craig, 2001), una tendencia que puede deberse en parte a que la pubertad aparece primero en ellas y más tarde en los varones.

Paul y White (1990; citados por González, 2008) aportan algunas funciones que cumplen las citas de parejas de adolescentes:

- 1.- Son una opción para divertirse.
- 2.- Son fuente de estatus y de éxito social (salir con la más atractiva o con el más popular de la clase).
- 3.- Ayuda a aprender a tratar a otras personas y a relacionarse con ellas.
- 4.- Con ellas se aprende a establecer relaciones íntimas y son una oportunidad para conformar relaciones de pareja.
- 5.- Representa un contexto adecuado para la experimentación y exploración sexual.
- 6.- Son una forma de establecer relaciones de compañerismo y amistad en actividades compartidas.
- 7.- Contribuyen al desarrollo y a la formación de la identidad y a conseguir independencia con respecto a sus familias.
- 8.- Con ellas se aprende a cortejar.

Aún cuando se habla en general de adolescentes, surge cierta diferencia, como menciona Craig (2001), los adolescentes de menor edad piensan en función de una gratificación inmediata: para ellos la recreación y el estatus son los motivos más importantes del noviazgo. Buscan personas que sean físicamente atractivas, que vistan bien y que sean simpáticas. Los adolescentes de mayor edad muestran actitudes menos superficiales: les interesan más los rasgos de personalidad y los planes de la otra persona para el futuro. Para ellos la compañía y la elección del novio o de la novia son las razones que los impulsan. Además, conviene señalar una importante diferencia de género que surge entre unos y otros: las mujeres consideran la intimidad más importante que el sexo, y para los varones el sexo es más importante que la intimidad. Por su parte, Candice Feiring (1996; citado por González et al., 2008) comprobó que existen diferentes motivaciones en las citas

para un noviazgo adolescente; mientras las chicas de 15 años enfatizan las cualidades interpersonales, los chicos de la misma edad se refieren a la atracción física.

2.5.4 Adolescencia e internet

Y como excluir de la sociedad las interacciones virtuales que se genera a través de Internet, las cuales han permitido a gente introvertida, con dificultades para interactuar poder hacerlo (González et al., 2008).

Recordemos que antes los jóvenes interactuaban visitando la casa de sus amigos, saliendo a ejercitarse o divertirse por las tardes, aunque hoy día podemos ver todavía estos patrones de interacción, las personas que se comunican también por Messenger, por chat, por correo electrónico, que vienen a sustituir la interacción física entre las personas pero también a romper los límites culturales y sociales, puesto que ahora se puede tener conocimiento de otras formas culturales, de formas de pensar, de tradiciones, de normas, porque podemos tener “amigos” de regiones apartadas y de otros países y continentes, estar comunicados, si se quiere, a diario. Este fenómeno trae consigo muchos beneficios porque nos permite conocer más y aprender más. Pero también trae consigo efectos negativos, que si no existe una adecuada madurez emocional, psicológica y conocimiento de que cada cultura es diferente y cada sociedad se desarrolla de acuerdo con sus necesidades particulares, pueden alterar el desarrollo adaptado del individuo (González et al., 2008).

Claudia M. González (et al., 2008) señalan que los adolescentes no alcanzan a percibir que lo que ve en internet es un *collage* de culturas, de conocimientos, de intereses que no son necesariamente los que necesitamos, y terminados por consumir y creer ilusiones alejadas de la realidad. De ahí que hay personas que se “enamoran” aunque nunca han interactuado físicamente, personas que pasan las horas en la noche buscando amigos, buscando satisfactores que no han

encontrado en su mundo real, medios para hacerse notar porque en la vida real no han podido hacerlo.

En efecto, si los adolescentes no están preparados, conscientes de que la sociedad crea numerosas necesidades, corren el riesgo de perder su identidad, su independencia, y terminar como consumidores de ideas, sin alcanzar a identificar aquellas que realmente les benefician y las que simple y sencillamente son paja para su objetivo de vida (González et al., 2008).

2.5.5 Adolescencia y autonomía

Rau (1979) menciona que una tarea central del desarrollo durante la adolescencia es la del progreso hacia la autonomía. La cuestión de la autonomía tiene muchos aspectos. A un grupo de ellos se les ha llamado *autosuficientes*: auto-orientados, la capacidad para manejar los asuntos prácticos de uno mismo sin ayuda de los padres o de otros, y la toma sobre sí de una responsabilidad mayor. Por otro lado está el grado de *autonomía emocional* que logra el adolescente; es decir, el grado hasta donde se atenúan las dependencias emocionales, fuertes y exclusivas, hacia los padres, que se establecieron en la niñez temprana. Los datos de Douvan y Adelson (1966; citados por Rau, 1979), así como otros estudios sugieren que se dan diferencias sexuales en el momento en que se requiere reducir a patrones la autonomía.

En contra de lo que se pudiera esperar, las mujeres parecen adelantarse en la autonomía de conducta a pesar de que están algún tanto más expuestas a ser restringidas y protegidas por los padres. Un número mayor de chicas informan sobre tener un empleo, tener relaciones con el sexo opuesto, y tomar sobre sí una mayor responsabilidad en el hogar, todo a una edad más temprana. Para cuando llegan a los 18 años la mayoría de las chicas manifiestan estos indicios de autosuficiencia (Rau, 1979).

Finalmente, de acuerdo a todo lo expuesto anteriormente, consideramos que el adolescente ya se encuentra a las puertas de la adultez. La competencia social aumenta notablemente y puede asustarlo. Es muy intenso el miedo a fracasar, el fracaso genera mucha rabia. Cabe recalcar que la presión social que influye en la identidad y en las actitudes de las personas se debe, justamente a esa necesidad narcisista de ser aceptado y valorado por el grupo, por el objeto significativo (Teicher, 2003).

Definitivamente colocar a la sociedad como demonio o infierno sería una equivocación garrafal, puesto que tampoco se trata de aislar a los adolescentes de ella y convertirlos en ermitaños. Sin embargo, si se trata de tener conciencia de que todos somos parte de ella y de que muchas de las ideas que se generan no son ni provienen de nuestra individualidad, sino de una sociedad que cambia y genera necesidades, algunas que nos son esencialmente necesarias (González et al., 2008).

Sin embargo, en ocasiones el adolescente termina solo porque se cree diferente y extraño, de modo que en realidad no “pertenece a ninguna parte”. Esto puede obedecer a varias razones, pero una fundamental es haber crecido en un barrio, ciudad o región del país muy diferentes. (Craig, 2001).

2.6 Formación de la identidad

2.6.1 Definición de identidad

Erickson (1956, 1980/1968; citado en Garaigordobil, 2008) define el concepto “identidad” como diferenciación personal inconfundible, autodefinición de la persona ante otras personas, ante la sociedad, la realidad y los valores.

Como subraya Fierro (1985; citado en Garaigordobil, 2008), la identidad es de naturaleza psicosocial y contiene elementos cognitivos, ya que el individuo se juzga a sí mismo en función de cómo advierte que le juzgan los demás, en

comparación con ellos mismos. Por otra parte Teicher (2003) señala los distintos elementos que compone la identidad. Los elementos biológicos y genéticos del padre y de la madre, combinados, dan ciertas características a esa identidad. La raza y el sexo son los dos más importantes. La raza incluye el color de piel, que puede ser muy variada; el sexo sólo ofrece dos opciones. Después del nacimiento vienen los elementos culturales que se adquieren con el ser humano ya inmerso en la sociedad, tal es el caso de la religión. Por otro lado en seguida se adquiere una nacionalidad, según la región geográfica en que le toco nacer.

2.6.2 Crisis de identidad

Erickson afirma que la principal característica de la adolescencia es la renovada búsqueda de la identidad de si mismo. La búsqueda de la identidad se revela en el modo con que el adolescente ensaya diversas caracterizaciones. Adopta primeramente una forma de hablar y luego otra; se peina en una forma, pero poco después prueba otra, siempre dentro del gama autorizada por el estilo del grupo. Imita a un héroe y luego a otro. Anda en busca de un modo de caminar y de vestirse que le baya bien pero lo que en realidad busca (su personalidad adulta) no existe plenamente (Allport, 1986).

Para precisar mejor el proceso de formación de la identidad en el adolescente, James Marcia (1980; citato por Craig, 2001) definió cuatro estados, o modos, de la formación de la identidad: *exclusión, difusión, moratoria y consecución de la identidad*. Se pretende determinar si el individuo pasó por un periodo de toma de decisiones denominado **crisis de identidad** y si se ha comprometido con una serie especifica de opciones; por ejemplo, con un sistema de valores o un proyecto ocupacional. En la figura 1 se muestra un resumen de los cuatro estados de la formación de la identidad, así como de sus efectos en el adolescente.

- *Estado de exclusión:* Los adolescentes ya hicieron compromisos sin dedicar mucho tiempo a la toma de decisiones. Han escogido una ocupación, una

concepción religiosa, una doctrina ideológica y otros aspectos de su identidad; pero las adoptaron de manera prematura y fueron decididas más por sus padres y sus maestros que por ellos mismos (Marcia, 1980; citado por Craig, 2001).

- *Estado de difusión:* Se encuentran los jóvenes que carecen de orientación y parecen poco motivados para encontrarla. No han experimentado una crisis ni han elegido un rol profesional ni un código moral. Están evitando la decisión. Para algunos la vida gira en torno a la gratificación inmediata. Otros prueban, al parecer de manera aleatoria, varias clases de actitudes y conductas (Coté y Levine, 1988; citado por Craig, 2001).
- *Estado de moratoria:* Los adolescentes o adultos jóvenes pasan por una *crisis de identidad* o se encuentran en un periodo de toma de decisiones. Estas pueden referirse a opciones profesionales, valores éticos o religiosos, o filosofías políticas. Durante este estado les preocupa “encontrarse a si mismos” (Marcia, 1980; citado por Craig, 2001).
- *Consecución de la identidad:* Estado que alcanzan quienes ya superaron una *crisis de identidad* y establecieron sus compromisos. Por tanto, trabajan por su cuenta y tratan de vivir conforme a un código ético formulado por ellos mismos. La consecución de la identidad suele considerarse el estado más conveniente y maduro (Marcia, 1980; citado por Craig, 2001).

<i>TIPOS DE FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROPUESTOS POR MARCIA</i>		
Tipo	Descripción	Efectos en el adolescente
Exclusión	Se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones.	Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos.
Difusión	Todavía no se hacen compromisos; se tiene	A veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol u otras sustancias

	poco sentido de dirección; se rehúye el asunto.	para evadir la propia responsabilidad.
Moratoria	Se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones.	Se sufre ansiedad ante las decisiones, decisiones sin resolver; se lucha con opciones y decisiones antagónicas.
Consecución de la identidad	Se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad.	Se tiene sentimientos equilibrados por lo padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia.

Figura 1: Resumen de los cuatro estados de la formación de la identidad y sus efectos en el adolescente (Marcia, 1980; citado por Craig, 2001).

Como se vio anteriormente, la crisis de identidad forma parte importante en el proceso del adolescente. Y se tiene que la crisis de adolescencia designa el periodo intermedio de la vida en el que la infancia no ha terminado de apagarse y la madurez no ha terminado de surgir (Nasio, 2011). Por lo tanto, se deben analizar las exigencias que debe cumplir el adolescente para conseguir el reconocimiento y para sobrellevar la crisis de identidad. La sociedad le exige al sujeto que demuestre que es una persona inteligente y hábil para ocupar un lugar de cierta importancia en la comunidad. Es el mismo reconocimiento que el propio sujeto busca. Conseguir ese lugar no es fácil (Teicher, 2003). El adolescente debe abandonar su identidad infantil y progresivamente construir una nueva identidad adulta. En este momento surgen muchos y nuevos interrogantes que sustituyen al hasta entonces mundo tranquilo de la infancia. El joven deberá enfrentarse a la pérdida de aspectos infantiles queridos para él e incorporar otros modos de ser, así como otros hábitos (Garaigordobil, 2008).

Cabe señalar que esta crisis de identidad surge por los cambios corporales que motivan, a su vez, el cambio de los objetos significativos de la infancia por otros; al igual que cambia el tipo de reconocimiento que espera de esas personas,

dentro de las cuales está el objeto seleccionado del sexo opuesto. El deseo de ser reconocido positivamente lo lleva inevitablemente a una competencia que incluye el miedo a fracasar. El deseo de triunfar en la búsqueda del reconocimiento conlleva el temor al fracaso, que puede ser tan intenso como para que el adolescente intente refugiarse en un mundo de fantasía, donde puede encontrarse más gratificado que en la realidad, de la que intenta alejarse (Teicher, 2003).

De ahí que, se hace un balance de los distintos elementos de identidad: en primer lugar, se juzga la imagen física, que incluye la edad y el sexo; en segundo lugar, los elementos culturales que distinguen la afiliación a los distintos grupos de pertenencia; sólo después se juzga el carácter social: amable, tolerante, o arisco e intolerante (Teicher, 2003).

No obstante, la crisis de identidad no hay que verla como algo negativo. Aunque es un periodo de tensión interior que se pone de relieve en la conducta del adolescente, este es un periodo de búsqueda de la identidad personal, la cual sufre un proceso de reorganización en el transcurso de esta etapa (Garaigordobil, 2008).

2.6.3 Adolescente en crisis

Un adolescente en situación de crisis aguda es un joven cuyo comportamiento, que ya era agresivo o adictivo, por ejemplo, súbitamente se convierte en inmanejable para su familia (Nasio, 2011). En este caso la cuestión central es la siguiente: ¿soy un niño o soy un adulto? Los padres no sirven para la solución de este problema. Unas veces tratan a su hijo como a un niño; otras veces esperan de él que sea capaz de asumir responsabilidades maduras. La vacilación de los padres puede ser el origen de la vacilación del muchacho. Continúa teniendo muchas actitudes de niño, pero física y sexualmente alcanzado madurez suficiente para poder desempeñar papeles de adulto (Allport, 1986).

Oportuno es mencionar que el niño necesita una familia que lo cuide; por otro lado el adolescente también la necesita, pero su rebelión contra esta dependencia puede empujarlo a intentar conquistar sin ayuda un lugar en el mundo. Lo que puede ser tanto una catástrofe como la llave del éxito. Por tanto el adolescente quisiera tener la libertad, la autonomía o el poder del adulto, pero sin tener que asumir sus responsabilidades (Teicher, 2003).

Por lo anterior es común ver adolescentes experimentar varias actitudes y conductas, definirse y redefinirse uno mismo, desligarse poco a poco del control de los padres que son características de la adolescencia que cumplen un propósito sano y muy importante: ayudan a transformar al adolescente en adulto. Sin embargo, estas mismas tendencias pueden dar origen a conductas enfermizas como correr riesgos en general y consumir drogas en particular. El adolescente se entrega a conductas de alto riesgo por varios motivos. Puede meterse en problemas porque no se percata de los riesgos que corre. Tal vez disponga de muy poca información; las advertencias que recibe del adulto no siempre son eficaces o quizá opte por ignorarlas. Se concentra principalmente en los beneficios previstos de sus acciones, digamos un estatus más elevado entre sus compañeros (Craig, 2001).

Por lo tanto, se tiene que a mayor conocimiento, ausencia de recursos propios y freno a su participación en actividades y responsabilidades sociales, mayor inquietud, sentimiento de fracaso, inestabilidad y concomitantemente mayor oposición al mundo del adulto. Si bien esta actitud social reivindicatoria tiene una vertiente positiva, movilizadora de cambios sociales, ya el adolescente cuestiona valores sociales, relacionados con lo intelectual (por qué y para qué estudio), afectivo-emocionales (familia, amistad. Leyes, política...) éticos (religión...), en ocasiones llega a desarrollar conductas antisociales (testarudez, obstinación, brusquedad, desprecio por las normas, críticas e insubordinación...) (Garaigordobil, 2008).

3. Respuestas de afrontamiento del adolescente

Como ya hemos visto anteriormente, los adolescentes pasan por diversas situaciones para su desarrollo, pero es importante saber que tipo de afrontamiento recurren, o al menos a cual deberían de recurrir.

Respecto al afrontamiento, Mates y Allison (1992; citados por Craig, 2001) mencionan que los adolescentes utilizan diversas respuestas de afrontamiento para manejar el estrés en su vida diaria. Alivian el estrés moderado con estrategias positivas como planear y organizar con cuidado, establecer prioridades, encontrar un amigo íntimo o un confidente, cuando el adolescente se halla bajo presión, aumenta el uso de estrategias defensivas más negativas. En términos generales, las investigaciones demuestran que las formas más comunes de afrontar el estrés son el consumo de sustancias, las distracciones y la rebeldía. Los estudiantes de todos los niveles beben alcohol, fuman cigarrillos y consumen drogas para reducir el estrés. Recurren a distracciones como ir de compras, tomar una ducha o un baño caliente, salir con los amigos, dormir, ver televisión y comer. Si bien estas actividades no hacen frente al problema de manera directa, por lo menos distraen la atención. Por lo regular, pocos adolescentes bajo un estrés extremo piensan que pueden abordarlo de frente pues a menudo carecen de los recursos personales necesarios.

Por otra parte Eva Pastor (2013), menciona que el afrontamiento de una misma situación crítica varía de una persona a otra y cada una sacará y pondrá en marcha unos recursos diferentes. Tal afrontamiento implica tanto un esfuerzo cognitivo, emocional como una acción, puestas en marcha para manejar esa demanda. Es por ello que para afrontar de distinto modo una misma situación, hay varios factores presentes: nuestra educación, nuestros miedos, las expectativas que tenemos sobre nuestras capacidades y sobre los resultados, la sensación de control sobre la situación, las creencias sobre si nosotros mismos

podemos controlar lo que ocurre o si más bien lo que nos pasa depende del entorno, la motivación, las actitudes.

En función de estos elementos, las estrategias de afrontamiento varían, y las más comunes son:

- *Afrontamiento Activo o Positivo:* La premisa fundamental es ver el problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyos. Aplicar la aceptación si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que tiene control sobre la situación y que va a resolverla. Todo ello aumenta la confianza y eficacia en si mismo.
- *Afrontamiento Pasivo o Negativo:* La base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal. Huir, evitar encarar el conflicto, aplazar, abandonar cualquier esfuerzo para afrontarlo, lo delegan a otra persona, y ocurre el distanciamiento.

En ambas, las emociones juegan un rol importante en el estilo de afrontar, en la percepción del éxito, ya sean negativas –provocando sensación de inutilidad, pesimismo, pasividad- como positivas, generando una visión de autoeficacia orientada al problema, a la acción. Cuando ante un problema las personas se centran en las emociones negativas, se focalizan más en ellas mismas y se creen incapaces, adoptando en ocasiones el rol de víctima, reforzando aún más la percepción errónea de ineficacia.

Por tanto, la forma de afrontar los conflictos depende de muchos factores, pero se pueden cambiar los que no son adecuados. Sea de manera eficaz o no, conlleva un esfuerzo y unas consecuencias que, si se utiliza un afrontamiento negativo puede desembocar en efectos negativos para la salud como ansiedad, estrés o problemas físicos. En cambio, el afrontamiento activo es la forma más saludable para adaptarse y resolver situaciones, siendo su base el

creer que se controla la situación y tener expectativas positivas, esto fortalece la capacidad para hacerle frente. De esta manera se provoca un efecto positivo en la salud y bienestar.

1. La adolescencia normal, sana y patológica

Ciertos individuos pueden llegar a tener la equivocada idea de que en la adolescencia nada es normal, incluso diversos autores así lo manejan. Sin embargo, el período de la adolescencia sí puede ser un proceso normal debido a emociones, pensamientos y comportamientos sanos por los que necesariamente el adolescente debe atravesar. Sin embargo, para que el adolescente funcione y responda normalmente al entorno, debe gozar de salud mental que le permita estar libre de problemáticas y patologías emocionales-conductuales aún mayores.

Por otro lado, también se menciona la parte patológica de la adolescencia, como la causante de graves problemas emocionales, cognitivos y por lo tanto conductuales en la vida del adolescente. Tal como lo mencionan los Profesores Braconnier y Marcelli (citados en Fize, 2007), al distinguir el proceso de adolescencia “normal” y el proceso de adolescencia “patológico”.

A través de lo expuesto anteriormente, es importante aclarar que la historia personal conduce a tal o cual conducta, sana o enferma. (Teicher, 2003).

Para conocer de manera más clara la información presentada, a continuación se procede a una explicación más detallada de las dos formas de vivir la etapa de la adolescencia.

4.1 Adolescencia normal

Se comienza por definir a la normalidad como “la actitud adecuada a cada situación; poder seguir siempre las normas de la sociedad, hacer caso a lo que pretenden los demás para ganar su respeto, para ser conocido. Y tener confianza en lograrlo. También poder contar con otros que se preocupan por conquistarlo a

uno, que están dispuestos a hacer lo que uno pretende de ellos (las amistades). Ser valorado por aquellos que uno valora para ser feliz”(Teicher, 2003).

Allport (1986) expone que para que un adolescente y más todavía un adulto sea normal, necesita tener un objetivo definido, un camino que se dirija a lo que anhela. No es necesario que el individuo se oriente a objetivos rígidamente fijados; basta que exista un tema central en los esfuerzos realizados. Mientras que el muchacho no empiece a formar planes, no estará completo en el sentido del sí mismo. Por ello, lo conveniente para una adolescencia normal es que el adolescente se encuentre en uno o varios grupos de pertenencia donde aprenda y ejercite una competencia constructiva, hasta donde sea posible. Entre estos grupos de pertenencia está la familia de origen (Teicher, 2003).

Por el contrario, Braconnier y Marcelli (citados en Fize, 2007), hablan del proceso de adolescencia “normal”, como aquel que también atraviesa momentos de crisis.

4.2 Salud mental en la adolescencia

Dennehy y cols. (1997; citados en Coleman 2003) escribieron que generalmente se asume que la salud mental cubre una amplia variedad de problemas, incluido el suicidio, la depresión y la esquizofrenia.

Sin embargo, la salud mental se debería concebir como algo más que la simple ausencia de enfermedad mental (Wilson, 1995; citado en Coleman, 2003). Esto es particularmente significativo para los jóvenes, cuyo estado de salud mental depende esencialmente de su bienestar emocional, que a menudo se relaciona con el dominio de las relaciones interpersonales y el ambiente social, en lugar de tener sus orígenes en factores médicos o cognitivos (Coleman, 2003). La salud mental se debe considerar también dentro del contexto cultural, porque cada cultura tiene sus propias ideas sobre los estados ideales de la mente o el bienestar (Wilson, 1995; citado en Coleman, 2003).

El estudio de Hendry y cols. (1998; citados en Coleman, 2003) identificó el estereotipo del adolescente rural como una personalidad satisfecha y sin complicaciones emocionales (adolescencia sana).

En contraste a lo anterior, pero siguiendo la dirección de lo sano, Nasio (2011) refiere un “Panorama de las manifestaciones del sufrimiento inconsciente del adolescente de hoy”. En la columna **A** del *Panorama* (figura 1), el autor indicó la manifestación más frecuente de un **sufrimiento moderado**, es decir, la efervescencia adolescente ordinaria. Se identifica la agitación adolescente con una neurosis juvenil sana y aún necesaria; necesaria para que el adolescente, al cabo de su metamorfosis, logre adueñarse de sí mismo y afirmar su personalidad. También la denominó **neurosis de crecimiento**. Los principales síntomas de esta neurosis saludable de crecimiento son la –angustia, tristeza y rebeldía-, son los signos anticipadores de la futura madurez del muchacho y de la chica. Esta neurosis de crecimiento afecta a prácticamente la totalidad de la población adolescente, es decir, a 5 millones de jóvenes, de entre 11 y 18 años de edad, sobre una población global, en Francia, de 6 millones y medio de adolescentes. Los adolescentes incluidos en la categoría **A** son en su gran mayoría jóvenes con buena salud que atraviesan su adolescencia de manera moderadamente conflictiva y sufren una neurosis pasajera que califico como sana porque se disipa por sí misma con el tiempo, sin necesidad de recurrir a un terapeuta. Al final de esta neurosis insoslayable y en suma benéfica, el o la joven entran por fin en la vida adulta; esta neurosis saludable es, de hecho, la repetición en la adolescencia de la primera neurosis de crecimiento que fue, para un niño de 4 años, el complejo de Edipo. En ambos casos, se trata de una neurosis porque, en el transcurso de estos dos períodos de la vida, complejo de Edipo y adolescencia, el sujeto se desgarrá interiormente, tratando de responder a la vez a las fuertes exigencias pulsionales de su cuerpo (llamada libidinal) y a las fuertes exigencias sociales (padres, amigos y valores culturales), exigencias que ha introyectado y que se impone a sí mismo bajo la forma de la voz interior y despótica del **superyo**. Es así como se comprende que la neurosis sea justamente el resultado de la incapacidad

que tiene el yo adolescente, aún inmaduro, de conciliar las tiránicas exigencias pulsionales con las tiránicas exigencias superyoicas. Esta guerra intestina entre un cuerpo invadido por las pulsiones y una cabeza invadida por una moral extrema hace del adolescente un ser íntimamente dislocado, desgarrado, que experimenta sentimientos contradictorios respecto de sí mismo y de aquellos de los que depende afectivamente, en primer lugar de sus padres. Por ende, tiene relaciones desconcertantes, chocantes, incluso agresivas respecto de su entorno. Esto es la neurosis: sentimientos, palabras y comportamientos impulsivos y desfadados, que engendran una insatisfacción permanente y múltiples conflictos con el prójimo. Pero el fin normal de esta neurosis juvenil de crecimiento dependerá en gran medida de la inteligencia, de la serenidad y, en una palabra, del umbral de tolerancia de los padres durante la tormenta.

4.3 Adolescencia patológica

Los Profesores Braconnier y Marcelli (citados en Fize, 2007) caracterizan a lo “patológico”, por síntomas de ansiedad y de depresión.

Nasio, (2011) expone que la mayor parte del tiempo lo que se presenta ante nosotros es un adolescente en estado de desasosiego; un joven al que le cuesta expresar su malestar con palabras. No sabe o no puede verbalizar el sufrimiento difuso que lo invade. El adolescente no siempre sabe hablar de lo que siente porque no sabe identificar bien lo que siente. Si el adolescente no habla, no es porque no quiere comunicar, sino porque no sabe identificar lo que siente, y mucho menos verbalizarlo. Es así como se ve lanzado a actuar más que hablar y que su mal-estar se traduce más por medio de los actos que de las palabras. Su sufrimiento, confusamente sentido, in formulable y, en una palabra, inconsciente, está más expresado mediante comportamientos impulsivos que conscientemente vivido y puesto en palabras.

Para aclarar lo antepuesto, es necesario retomar la continuidad del “Panorama de las manifestaciones del sufrimiento inconsciente del adolescente de hoy”, del que se habló en el subtema anterior, sólo que ahora se señala la parte no sana del adolescente. Nasio (2011) menciona que en la columna B (figura1), se encuentran diferentes comportamientos peligrosos que se interpretan como la puesta en acto por parte del joven de un **sufrimiento** del que no tiene conciencia, un sufrimiento inconsciente que ya no es moderado, sino **intenso**. Cuando el sentimiento mudo (no se verbaliza) es muy intenso e incoercible, se exterioriza ya no a través de la efervescencia adolescente común y corriente, sino a través de los comportamientos riesgosos, impulsivos y repetitivos. Actos de violencia de un adolescente furioso se interpretan como la expresión actuada de un dolor interior, no sentido, que socava al joven desde los desgarramientos familiares de su infancia. En el momento de cometer el acto, el joven no siente nada, ni dolor, ni miedo, ni culpabilidad; está como anestesiado, fuera de sí y muchas veces animado por un sentimiento de omnipotencia e invulnerabilidad. Esta ausencia de conciencia de su malestar interior explica por qué un adolescente, pese a hallarse en una situación desesperada, no piensa en pedir ayuda. Por lo tanto, se encierra en su soledad, su rencor y su desafío para con los otros. Otra razón que explica la violencia que puede adueñarse del joven es que sin darse cuenta, el adolescente muchas veces corre riesgos para ponerse a prueba y afirmarse. A través de la violencia y el ruido, busca la prueba de su propio valor. Quiere sentirse existir, distinguirse de los adultos y hacerse reconocer por sus amigos. Las conductas riesgosas que se encuentran en la práctica clínica con mayor frecuencia son los intentos de suicidio, más frecuentes en las jóvenes pero más sanguinarios entre los varones; los suicidios logrados, que representan la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes adultos después de los accidentes de ruta; la poliadicción –tabaco, alcohol, cannabis- en constante alza; el consumo de drogas duras como el éxtasis, las anfetaminas, la heroína o la cocaína. Los adolescentes de los que se está hablando son cada vez más jóvenes: ¡a veces tienen 11 ó 12 años! Recientemente, han aparecido nuevas alteraciones del carácter tan precoces y alarmantes como el reviente alcohólico del sábado a la noche, que

suele degenerar en situaciones trágicas; la pornografía invasora vía la televisión e internet, donde el sexo se mezcla con la violencia; los trastornos del comportamiento alimentario –anorexia y bulimia en nítido aumento-, así como la deserción escolar, el ausentismo y las fugas, que instalan el vagabundeo y fomentan los actos delictivos. En lo atinente a los actos delictivos, la mayor parte de los menores encarcelados son varones desescolarizados y librados así mismos que, antes de cometer el delito, absorben un cóctel de drogas y bebidas alcohólicas para suprimir toda conciencia y todo miedo al peligro. Así, expulsan de su mente el menor atisbo superyoico para que su furor no conozca límites. Actualmente se encuentra el ascenso del vandalismo, así como de la violencia contra los otros y contra sí mismo. A veces, las víctimas de la violencia son otros jóvenes que se vuelven violentos a su vez y a menudo violentos contra sí mismos. Se piensa en los piercings, no en el lóbulo de la oreja, sino en la lengua o en los órganos genitales; piercings muy sangrientos y, con harta frecuencia, infectados. Se piensa también en las **automutilaciones** y en particular en las escaras que, cuando se repiten, provocan lesiones definitivas de la piel. Toda esta crueldad contra uno mismo y contra los otros encubre muy a menudo-cosa que muchos ignoran- una depresión muy particular que no se manifiesta por medio del abatimiento y la tristeza. Es una depresión enmascarada, mezcla de amargura y despecho, que también suele denominarse “depresión hostil”. El sufrimiento inconsciente ha adoptado recientemente la forma de nuevas adicciones sin droga que son la ciberdependencia a los juegos de video y el uso abusivo de los chats con carácter erótico con cámara web y video. Aquí no se trata de la dependencia de un producto, sino de la dependencia de un comportamiento según Nasio, (2011).

Por otra parte, Hatwon y cols., (1996; citados en Coleman, 2003) dan a conocer que el **daño deliberado autoinfligido** es la razón más común para la admisión médica hospitalaria aguda en los jóvenes, con una estimación de 18.000 a 19.000 episodios por año que requieren tratamiento hospitalario en Inglaterra y Gales. Las tasas más altas se encuentran en las mujeres de 15 a 19 años. El

intento de suicidio es tres veces más común en las mujeres jóvenes que entre sus homólogos masculinos, aunque como Hatwon y cols. (1999; citados en Coleman, 2003) muestran, ha habido aumentos en la incidencia de este comportamiento entre ambos sexos en la última década. **El daño autoinfligido** se hace cada vez más común a partir de los 12 años de edad, siendo más extendido entre las muchachas (HATWON y cols, 1996; citados en Coleman, 2003).

Por último, (6) incluye en la columna

C

 (figura 1), las alteraciones mentales severas capaces de prolongarse hasta la edad adulta, perturbaciones que revelan un **sufrimiento** inconsciente **extremo** en el adolescente. Entre estas afecciones la más dramática es indiscutiblemente la **esquizofrenia** o **disociación esquizofrénica**; que va acompañada muchas veces de delirios, de alucinaciones o de un repliegue autista irreductible. Otras veces, el joven está aquejado por **alteraciones obsesivas compulsivas** –las TOC-; **perturbaciones ansiosas y fóbicas** –las fobias escolares, por ejemplo-; **trastornos alimentarios** muchas veces crónicos –la anorexia y la bulimia-; o incluso una **depresión importante** que puede conducir al suicidio: todos trastornos mentales tan invalidantes que el adolescente se desescolariza y se margina. Otra patología mental, menos frecuente, que afecta a los varones, son los abusos sexuales paidófilos practicados (se le llama así a la parafilia que presenta el adulto cuando busca excitarse sexualmente acariciando a niños o imaginándose estas relaciones(Diccionario de Psicología y Pedagogía, 2004)), por ejemplo, en niñas de corta edad a las que el adolescente varón *babysitter* cuida por la noche en ausencia de sus padres; o incluso los abusos incestuosos en hermanos jóvenes, hermanas o medias hermanas.

La perturbación más grave, la más irreversible, es sin duda alguna la **esquizofrenia**. La disociación esquizofrénica es una enfermedad de la juventud y no de la edad adulta. Kraepelin (citado en Nasio, 2011) la había llamado demencia precoz. “Demencia” porque el sujeto se recorta de la realidad y produce ideas delirantes. En la época de Kraepelin, el estado de alineación mental se calificaba como demencia y no como psicosis, como hoy. Y “precoz” para subrayar que la

demencia aparecía relativamente temprano en la vida de un individuo. Bleuler (citado en Nasio, 2011), el gran psiquiatra suizo, uno de los maestros de Freud y de Jung, prefirió calificar la demencia precoz como esquizofrenia, donde “esquizo” quiere decir disociación, hiancia, ruptura, y “frenia”, mente. Por consiguiente, “disociación de la mente”, expresión propuesta por Bleuler (citado en Nasio, 2011) para dar a entender mejor que el síntoma principal del estado esquizofrénico es la ruptura, el clivaje de la personalidad del joven enfermo, síntoma principal del estado esquizofrénico es la ruptura, el clivaje de la personalidad del joven enfermo, síntoma que en la actualidad se llama como “despersonalización”. En todo caso, llámese demencia precoz o esquizofrenia, siempre se trata de una psicosis que se declara en la adolescencia. La esquizofrenia es una psicosis crónica que comienza entre los 15 y los 25 años, la mayor parte de las veces alrededor de los 18, al finalizar los estudios secundarios; la casi totalidad de los enfermos esquizofrénicos han visto estallar su psicosis antes de los 25 años. Si se atendiera a un paciente de unos 50 años, diagnosticado como esquizofrénico, se tiene que saber automáticamente que los primeros signos de la enfermedad aparecieron en la adolescencia. Y, correlativamente, en la consulta con un joven que presenta alteraciones neuróticas severas o comportamientos peligrosos, el primer gesto que debe acompañar a un profesional avezado es la búsqueda de los síntomas típicos de la esquizofrenia, esperando, por supuesto, no encontrarlos.

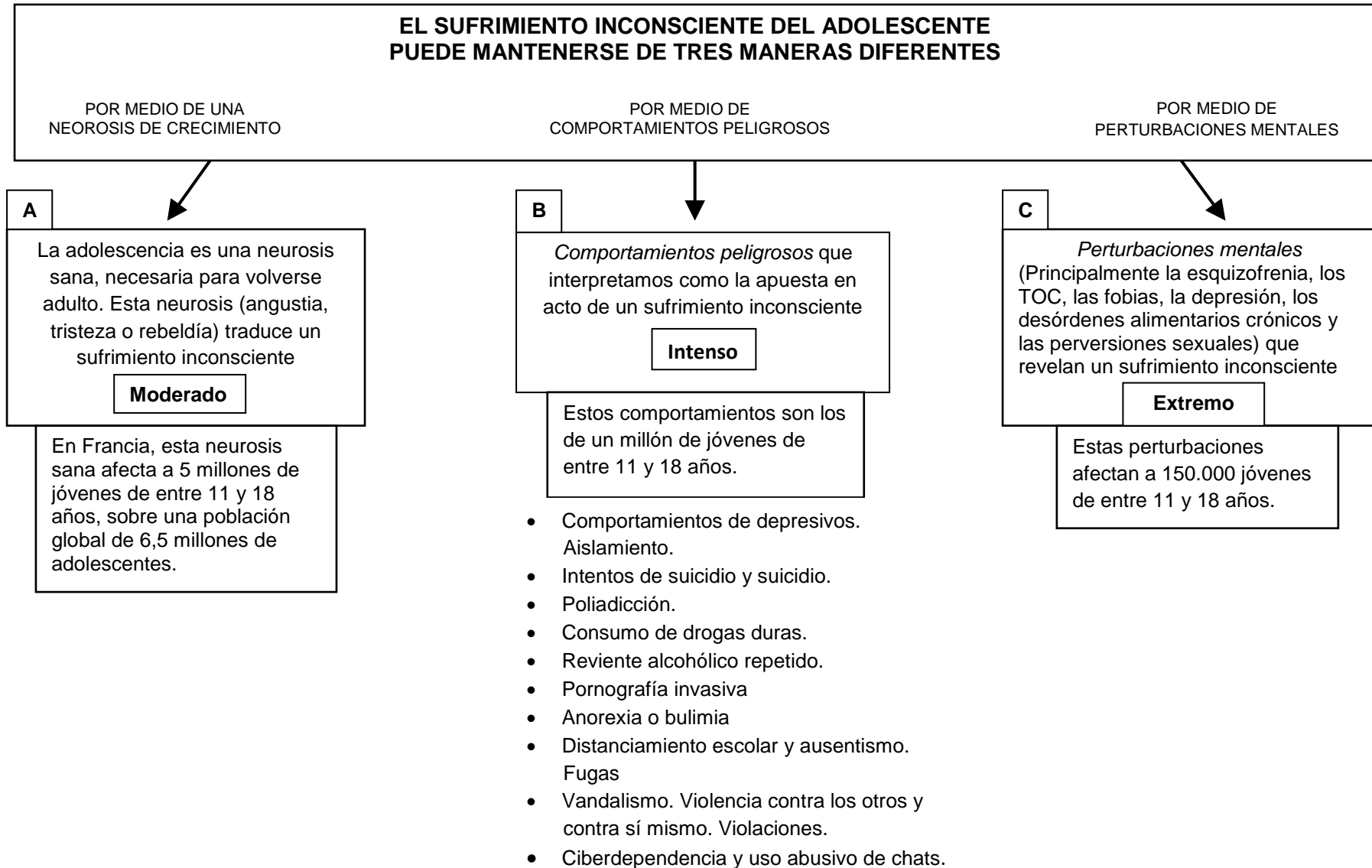
La psicosis esquizofrénica es una patología que aún resiste a la cura comprendida como una remisión completa y definitiva de las perturbaciones. Los síntomas característicos de esta psicosis, a saber: la despersonalización –el joven siente su propio cuerpo como si fuera extraño-; ideas de persecución que pueden llegar hasta el delirio; alucinaciones, en particular auditivas, en cuyo transcurso el joven oye voces que lo insultan o lo insultan o lo intiman a cometer actos extraños, incluso violentos hacia sí mismo o hacia el prójimo; alteraciones discordantes de la efectividad –insensibilidad emocional o incoherencia entre la naturaleza de la emoción y las circunstancias que la suscitan-; y alteraciones cognitivas –detenimiento súbito y momentáneo del pensamiento o incluso incapacidad de

concentración acompañada a veces de dolores sentidos en la parte superior de la espalda cuando el joven enfermo se esfuerza por retomar el hilo de sus ideas.

El 20% de los esquizofrénicos declarados han sufrido previamente alteraciones neuróticas serias, en particular alteraciones obsesivas invalidantes. En este caso, la psicosis es un agravamiento de la neurosis. Hay que saber que sólo el 15% de los jóvenes adolescentes que sufren de alteraciones neuróticas preocupantes pueden virar a la esquizofrenia.

He aquí las tres categorías de manifestaciones del sufrimiento inconsciente del adolescente: síntomas neuróticos, comportamientos peligrosos y alteraciones mentales. En cada categoría, podemos encontrar casos de adolescentes que atraviesan una crisis aguda. Nasio (2011).

Figura 1



1.- Todos los datos estadísticos corresponden a Francia.

4.3.1 Aspectos influyentes en el desarrollo de una adolescencia patológica.

Teicher (2003) menciona que el desencadenante que conduce a la enfermedad mental es siempre la frustración que hiere profundamente a un sujeto con poca tolerancia a ella.

Por otro lado, Eccles y cols., 1996; citados en Coleman (2003) señalan que la investigación contemporánea mantiene que un “mal emparejamiento” entre las necesidades de los adolescentes en desarrollo y sus experiencias en la escuela, el hogar y otros contextos puede influir negativamente en el desarrollo psicológico y conductual. Esto es especialmente así si las personas jóvenes carecen de recursos para afrontar los retos (Petersen y Hamburg, 1986; citados en Coleman (2003). De esta manera, los adolescentes más vulnerables social y psicológicamente son los que tienen posibilidades de experimentar este período como difícil, lo que se puede manifestar en perturbaciones psicológicas (Leffert y Petersen, 1995; citados en Coleman (2003). Muchos factores contribuyen a la susceptibilidad adolescente a un riesgo mayor de problemas de salud mental, incluidos factores de riesgo social como el mayor estrés vital (Costello, 1989; citado en Coleman, 2003) y factores familiares como la ruptura de la familia o las estructuras de educación (Maccoby y Martin, 1983; citados en Coleman (2003). Tres tipos amplios de factores generadores de estrés se han asociado con problemas de salud en niños y jóvenes (Hodgson y Abbasi, 1995; citados en Coleman (2003). Incluyen: el estrés normal o normativo, como el cambio a una escuela nueva; el estrés no normativo grave, como por ejemplo, el divorcio de los padres, y el estrés crónico grave, que se ejemplificaría por vivir en condiciones de pobreza seria (Coleman, 2003). El riesgo de empleos inseguros e insatisfactorios puede ser tan deprimente como el mismo desempleo (Bartley, 1994; Monk y cols., 1994; citados en Coleman, 2003). Factores ambientales fuera de la familia, como las dificultades con los amigos y el acoso y la amenaza probablemente son también factores pertinentes que aumentan los trastornos depresivos entre los

jóvenes (Harrington, 1995; citado en Coleman, 2003). Estos, además de estar afectados por la pobreza, el desempleo y otras circunstancias sociales adversas, son también muy susceptibles al efecto de los acontecimientos familiares (Coleman, 2003).

CAPÍTULO II

ANSIEDAD

Más que un término, hablar y tratar con la ansiedad traslada a cada ser humano que la padece: a vivir, a sentir su propia experiencia desde un sitio interno y externo; debido a que es experimentada como una serie de sensaciones que ocasionan serios problemas para la salud física y emocional, según su intensidad y manera de hacerle frente. Por otro lado, indagar sobre este término permite a los individuos conocer a qué se refiere, cuáles son sus posibles causas, incluso a descubrir su presencia para aquellos que creen no tener nada que ver con ella. Se observará que no se trata sólo de una simple palabra que enaltece el hecho de “sentirse ansioso”.

1. Definición de Ansiedad

La Ansiedad es un patrón complejo de conducta, que se desarrolla ante situaciones que implican amenaza para el individuo (Bermudez, 1997). Es la más común y frecuente de las emociones. Puede ser una herramienta que nos ayuda a adaptarnos al medio ambiente, ya que funciona como una especie de “señal” que nos prepara para estar atentos ante una posible amenaza (Moreno, 2005). De la misma forma, Freud considera que la ansiedad es una señal de alerta para el yo (ego) de que algo malo está por suceder (Caiver, 1997). Sin embargo, la mayoría de las veces la identificamos como una emoción poco agradable, **sobre todo cuando la cantidad de ansiedad acumulada se refleja en manifestaciones físicas**. La ansiedad puede acompañarse de tensión y se manifiesta sin una causa aparente o justificada; es difusa, lo que significa que no se identifica de dónde proviene o por qué aparece. Es una especie de amenaza al equilibrio que una persona ha manifestado durante mucho tiempo y que, de pronto, se siente indefensa, con temor, dudas, y preocupada por “algo que puede amenazar física o emocionalmente su existencia”. Ansiedad describe un estado psicológico caracterizado por miedo o temor ante una situación que no se puede identificar, pero que se asocia con aspectos de la vida diaria, frente a los cuales una persona

reconoce que su respuesta y conducta son desproporcionadas ante un evento que no alcanza a percibir; se experimenta como un acontecimiento catastrófico que está a punto de llegar; una sensación de sobresalto e inquietud permanente, pero de la que no se puede identificar la causa (Moreno, 2005).

Por ello es que la ansiedad se define como un estado psicológico y persistente que surge de un conflicto íntimo. La desdicha en cuestión puede experimentarse como una sensación de vago desasosiego o de mal presagio, como la impresión de haber llegado al límite o como una gran variedad de otras sensaciones, tales como el terror, la cólera, la inquietud, la irritabilidad, la depresión u otras sensaciones difusas y sin nombre (Jersild, 1972).

Por otro lado, se define a la ansiedad como un estado interno aversivo que los individuos tratan de evitar o del que pretenden escapar (Caiver, 1997).

Finalmente, relacionando cada apartado explicado en cada una de las definiciones de ansiedad; se acude a la siguiente definición citada por Davidoff, 1989, refiriéndose a la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia y por tendencia a evitar o escaparse.

2. Tipos de Ansiedad

Spielberger (2002) menciona dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad: Rasgo- Estado. La **Ansiedad- Estado (A-Estado)** es conceptuada como una condición, o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. El estado de Ansiedad supone la manifestación de las predisposiciones latentes implícitas en el concepto de rasgo. Esta manifestación se produce, cuando tales predisposiciones latentes son activadas por variables situacionales idóneas, existiendo diferencias intra e interindividuales en intensidad y duración de las

reacciones de ansiedad, en función del potencial de rasgo y de los parámetros de la situación.

Por el contrario, cuando se habla de **Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo)** se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson, 1964 (citado en Spielberger, 2002) llama “motivos” y que Campbell, 1963 (citado en Spielberger, 2002) conceptúa como “disposiciones conductuales adquiridas”. Bermúdez (1997) por su parte, dice que cualquier concepto de rasgo significa, simple y exclusivamente, predisposición generalizada de conducta; matizando, a continuación, que esta disposición sólo se pone en ejercicio, se traduce en conducta manifiesta, cuando las características de la situación la activan adecuadamente. El rasgo permite, hasta cierto punto, anticipar qué sujetos y en qué situaciones van a desarrollar mayor activación del estado correspondiente. Rasgo de ansiedad se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en dos aspectos: por una parte, en predisposición a percibir y valorar un amplio número de situaciones como peligrosas o amenazadoras y, por otro lado, en tendencia a responder a tales amenazas con reacciones de ansiedad.

Por otra parte, Freud (citado en Caiver, 1997) distinguía tres tipos diferentes de ansiedad, que reflejaban tres categorías distintas de cosas malas.

La forma básica es la “**ansiedad de realidad**”, el temor que surge de una amenaza o peligro reales. Es el tipo de miedo que se experimenta al advertir que está a punto de ser mordido por un perro, chocar su automóvil, ser reprendido por cometer un error grave en el trabajo o reprobado un examen. La ansiedad de realidad es la forma más básica de ansiedad porque está enraizada en la realidad objetiva. Una forma de manejarla consiste en evitar o escapar de la situación que

produce el sentimiento. La ansiedad de realidad proporciona la base de la que se derivan los otros tipos de ansiedad.

El segundo tipo es la “**ansiedad neurótica**”, el temor de que los impulsos del ello (id) se salgan de control y lleven al sujeto a cometer un acto por el que será castigado. Quienes experimentan mucha ansiedad neurótica viven continuamente preocupados por la posibilidad de que el ello se escape del control del yo (ego). La ansiedad no es en sí el temor de los impulsos y urgencias del ello, sino del castigo que puede acarrear su expresión. Como la gente a menudo es castigada por su conducta impulsiva, particularmente si se trata de comportamientos que la sociedad desapruueba, puede decirse que este tipo de ansiedad tiene cierta base en la realidad. Pero, a diferencia de la ansiedad de realidad, el peligro tiene su origen en las urgencias del ello dentro del individuo, lo que hace más difícil tratar con la ansiedad neurótica que con la ansiedad de realidad. Es decir, se puede conducir con precaución, estudiar para los exámenes y evitar los perros peligrosos, pero no se puede escapar del ello, que siempre tiene el potencial de salirse de control.

El tercer tipo de ansiedad es la llamada “**ansiedad moral**”, el temor que los individuos experimentan al transgredir (o cuando están a punto de hacerlo) el código moral. Si su sentido moral le prohíbe hacer trampa y usted se siente tentado a timar a alguien, experimenta ansiedad moral. Si su sentido moral le prohíbe las relaciones sexuales antes del matrimonio y está a punto de tenerlas, experimenta ansiedad moral. La ansiedad moral es el temor a la conciencia que forma parte del superyó (superego). Subjetivamente la ansiedad moral se experimenta como culpa o vergüenza. Entre más fuerte sea el superyó mayor será la probabilidad de sufrir ansiedad moral. Al igual que la ansiedad neurótica, es difícil manejarla. Así como nadie puede escapar de su ello, tampoco puede huir de su conciencia (Caiver, 1997).

Dicho de otra forma, se dice que la ansiedad existe como **estado consciente** cuando la persona ansiosa se percata de la naturaleza de su conflicto

y de la forma en que dicho conflicto afecta a sus sentimientos y a su conducta. Pero **hay elementos inconscientes** cuando la persona ansiosa no reconoce la causa de su perturbación o no se percata de por qué siente de ese modo y no se da cuenta de las formas en que su conducta se halla influida por la ansiedad. Cuando una persona que teme la desaprobación de los demás se hace a un lado para complacer a la gente y después se siente ofendida por haber dejado adelantarse a los otros, su ansiedad está en un nivel consciente en la medida que se percata de lo que ocurre. Pero la ansiedad tiene elementos inconscientes si esa persona se ve a sí misma como alguien que es muy generoso, más bien que como uno que está asustado, y si no reconoce que es él quien invita a los otros a hacerle obrar de ese modo (Jersild, 1972).

Similar con lo anterior, (Jersild, 1972) habla de dos tipos de ansiedad: **la ansiedad normal y la ansiedad neurótica**. En la ansiedad normal la persona tiene conciencia de la causa real de su preocupación, se da cuenta de las consecuencias al hacerle frente. En la ansiedad neurótica existen aspectos de la situación total de ansiedad que no se comprenden, no se reconocen.

3. Causas de la ansiedad

3.1 Causas de la ansiedad en el adolescente

La adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo humano. Se caracteriza por una gran cantidad de cambios de tipo fisiológico, de formas de pensar, de ver y de entender el mundo, así como de confrontación y ajuste con el medio social. Si las herramientas y habilidades adquiridas durante la infancia son deficientes, el adolescente está en riesgo de sufrir una “crisis emocional” capaz de afectar su estabilidad mental futura. Independientemente de otras manifestaciones de desajuste psicológico, destacan los componentes de ansiedad y de depresión, que pueden presentarse de manera conjunta y hacer más difícil esta etapa de desarrollo. Entre las múltiples experiencias, enfrentamientos y tareas que debe

solucionar el adolescente y que además generan ansiedad, se encuentran: (Moreno, 2005).

- Iniciar relaciones humanas de mayor intimidad en las que se expone al rechazo o la desaprobación.
- Participar en actividades de grupo en las que el liderazgo y la colaboración tienen gran importancia.
- Adquirir patrones de conducta sexual confiables y conscientes.
- Enfrentar cambios en el patrón de comportamiento familiar, incluyendo componentes emocionales.
- Considerar de nuevo el aprendizaje de un sistema personal de comportamiento, de valores y de definición ante el grupo, para su futuro.
- Relaciones íntimas con otros seres humanos.

Aunque el malestar puede ser soportable y los contactos sociales se toleren adecuadamente, el comportamiento de muchos adolescentes exige un gran consumo de esfuerzo y energía, mismo que genera mayor ansiedad.

Jersild (1972) menciona que la ansiedad adolescente también se debe a:

- La expresión de las propias opiniones.
- Tener fuertes impulsos sexuales y fuertes inhibiciones en contra de ellos (conflicto entre los deseos sexuales y la conciencia); por ejemplo, tener fuertes escrúpulos morales acerca del sexo y sentir angustia, remordimiento por lo que se hace a favor de la parte sexual.

Como mencionamos al principio, problemas no resueltos en la infancia inclinan al individuo a pasarla mal durante su adolescencia, a tener presentes ansiedades que permanecen durante todo este tiempo, incluso después. Por lo tanto, la consecuencia es el origen de una serie de tensiones que pueden ser fuente de amenaza para producir ansiedad. Por ejemplo, Jersild (1972) menciona las siguientes:

- Enfrentarse con posibilidades y responsabilidades que difieren de aquellas a las que anteriormente había resuelto y para las cuales se han de realizar elecciones para las cuales no fue requerido en tiempos anteriores.
- Todo cuanto el adolescente reconoce por primera vez acerca de sí mismo, todos los azares que acepta o declina, todas las decisiones que toma.
- Planear la carrera, fantasías acerca del futuro.
- Enfrentarse por primera vez con hechos acerca de sí mismos y de lo que les rodea (la situación social de su familia, su religión, sus orígenes étnicos y las perspectivas de poder ganar dinero).
- Forcejarse con el problema de si se ha de continuar o no con la educación.
- Madurez temprana o tardía en cuanto al desarrollo físico.
- Obesidad adolescente.
- Preocupación acerca del desarrollo de los genitales y de las características sexuales secundarias.
- En la esfera sexual, el adolescente tiene impulsos y se enfrenta con tentaciones, elecciones y azares que son más críticos que sus primeras experiencias sexuales.
- En las relaciones interpersonales, el adolescente se enfrenta con problemas de independencia-dependencia, conformidad-disconformidad, autoafirmación y autonegación.

Por otra parte, Moreno (2005) menciona que existe una gran variedad de factores que son los responsables del origen de la ansiedad en la etapa de la adolescencia. El siguiente listado muestra las causas que pueden ser causa de “ansiedad de separación”.

- Escaso interés que los padres muestran por su (s) hijo (s) adolescente (s).
- Desapego emocional.
- Separaciones transitorias.
- El divorcio de los padres del adolescente.

- Hospitalización prolongada o muerte de uno de los padres.

3.2 Bases fisiológicas de la ansiedad

Davidoff (1989) señala que en la *ansiedad aguda*, la secuencia de tensión comienza con un “mensaje” de peligro que proviene del entorno, el cual se procesa en el sistema nervioso central. Los circuitos en todo el cerebro y la médula espinal desempeñan numerosas funciones de la ansiedad. La formación reticular, una red de células nerviosas en el tallo cerebral avisan a la corteza que existe información sensorial importante. Conforme los datos sobre sucesos con posibilidades peligrosas pasan a través del sistema reticular, éstos se clasifican como importantes; entonces, la formación reticular activa la corteza, que presta toda su atención al asunto. La corteza cerebral está implicada en la identificación, evaluación y toma de decisiones con respecto a la información sensorial y a la conducta subsecuente. A menudo las personas se sienten sin control cuando están ansiosas. Pero, los pensamientos que surgen en la corteza están bajo el control del individuo, y tienen una función importante en el mantenimiento o desaparición de la ansiedad. Al procesar la información referente al peligro, la corteza se comunica con el hipotálamo, uno de varios centros del sistema límbico (agrupación de circuitos interrelacionados que se encuentran en lo profundo del cerebro). Otras regiones límbicas, incluyendo la amígdala y el septum, trabajan junto con el hipotálamo para regular emociones y motivos; sin embargo, el hipotálamo es central. Se piensa que uno de sus mensajeros químicos, el factor liberador de la corticotropina, realiza una función esencial en la mediación e integración de respuestas endócrinas, viscerales (órganos internos) y conductuales ante la tensión, a través de la estimulación del sistema nervioso autónomo y la corteza, la glándula pituitaria y los órganos corporales (Vale cols., 1981; citada en Davidoff, 1989).

Durante la ansiedad, los individuos suelen darse cuenta de excitación interna: el corazón late, el estómago duele, el pulso se acelera, los músculos se

tensan, se transpira y se tiembla. Estas manifestaciones reciben el nombre de reacciones autónomas porque están reguladas por el sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA actúa de manera automática, sin decisión deliberada de parte de la persona. Dos ramas el SNA se ocupan de mantener un ambiente interno óptimo; el sistema parasimpático, más activo cuando los animales se encuentran en estado de relativa calma, ayuda a controlar procesos como el sueño y la digestión. El sistema simpático asume el dominio si surgen emergencias movilizandolos recursos para entrar en acción; se detiene la digestión, la respiración se hace más profunda para captar más oxígeno, aumentando la energía para hacer frente a la situación. La sangre, transportadora de oxígeno y nutrientes, se dirige hacia el cerebro y los músculos para pensar con claridad y tomar un proceder decisivo. Se libera el azúcar de las reservas en el hígado y se envía a los músculos para mayor fuerza. La sangre se prepara para coagular con rapidez para curar las heridas que se presenten. Si se requiere de acción rápida, por ejemplo, huir o pelear, la respuesta de ansiedad incrementa las probabilidades de supervivencia.

Estimulada por el mensajero químico el hipotálamo, el factor liberador de la corticotropina, la glándula pituitaria libera dos hormonas, ACTH y beta-endorfina (Vale y cols., 1981; citados en Davidoff, 1989). La beta endorfina tiene la función de disminuir las percepciones de dolor; la ACTH viaja hacia las glándulas adrenales, localizadas en la parte superior de los riñones y activa las hormonas adrenales, entre ellas, adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina). Las hormonas adrenales estimulan muchas de las respuestas de preparación para la emergencia que el sistema nervioso simpático ya estimuló. Las hormonas ACTH y las adrenales desempeñan funciones adicionales para hacer más claro el pensamiento y para prolongar los recuerdos del evento angustiante. Además tienen un efecto general supresor sobre el sistema inmunológico (Jemmott y Locke, 1984, y Maier y Laudenslager, 1985; citados en Davidoff, 1989). Las hormonas adrenales son sólo uno de los muchos sistemas endócrinos que preparan a los animales para manejar la tensión (Davidoff, 1989). Por otro lado, la *ansiedad crónica* fue estudiada por el endocrinólogo Hans Selye. Selye (citado en

Davidoff, 1989) llegó a creer que los organismos de todo tipo experimentan un síndrome general de adaptación (SGA) como respuesta a la tensión. Sus estudios sugieren que el frío intenso, el conflicto, las lesiones, las bacterias y la cirugía elicitán patrones similares de respuestas corporales.

- Etapa 1: Reacción de alarma. La reacción aguda la ansiedad se desencadena para generar un máximo de energía que permita manejar la crisis.
- Etapa 2: Resistencia. Si la tensión es prolongada, el cuerpo se mantiene muy activado; aunque para un observador externo, todo parece estar bien, los sistemas responsables del crecimiento, reparación y de combate de infecciones no operan bien. En consecuencia, el organismo se debilita y es susceptible a otros agentes de estrés.
- Etapa 3: Extenuación. Si el viejo factor de estrés continúa o si surgen nuevos, el animal muestra señales de agotamiento y de desgaste muscular. Después de que el sistema nervioso simpático ha consumido su suministro de energía, el sistema parasimpático se hace cargo. Las actividades corporales pueden bajar de ritmo o detenerse por completo. Si el agente de tensión prosigue, la víctima extenuada se verá en grandes dificultades para enfrentar la situación. Durante el agotamiento, los organismos desarrollan problemas psicológicos y enfermedades físicas, incluso pueden morir. El concepto de SGA es demasiado limitante; una fuente de reputación es el tipo de tensiones que lo disparan. El SGA tiene más posibilidades de presentarse luego de ansiedades muy duraderas que después de las breves (Lazarus, 1981, Lazarus y Folkman, 1984, y Mahl, 1953^a, 1953 b; citados en Davidoff, 1989). Goces muy intensos pueden activar aspectos del SGA, y ciertas presiones prolongadas (ejercicio, ayuno y calor) no producen el síndrome (Mason, 1971, y Selye, 1976, 1978; citados en Davidoff, 1989).

4. Consecuencias de la ansiedad

Según Davidoff (1989) la ansiedad tiene efectos de amplio alcance en el aprendizaje y sobre la salud física y mental.

4.1 Consecuencias cognoscitivas

La ansiedad altera las habilidades de procesamiento de información, por ejemplo, la codificación, como aquella que introduce los conocimientos en la memoria. Geen, 1980; Hamilton y Warburton, 1979; Mueller, 1980; I.G. Sarason, 1984a; Sieber y cols., 1977, y Wine, 1982; citados en Davidoff (1989) realizaron una investigación en la que obtuvieron los siguientes resultados:

1.- Los muy ansiosos encuentran dificultades para poner atención; se distraen con facilidad. De hecho, con frecuencia, cuando deben poner atención, se concentran en lo irrelevante como los sentimientos de pánico o de no ser adecuados, la ejecución de los demás, dolores de cabeza, y estómago y fracasos.

2.- Los muy ansiosos usan pocas de las claves que se proporcionan en las tareas intelectuales; por tanto, están menos conscientes de las complicaciones y las complejidades. Así, es probable que malinterpreten cuando leen, en especial si el material es difícil o ambiguo.

3.- Conforme procesan información, los muy ansiosos no organizan ni elaboran con habilidad los materiales, comparados con lo que hacen las personas menos ansiosas.

4.- Cuando el aprendizaje requiere flexibilidad, los muy ansiosos tienden a ser menos adaptativos para cambiar de una táctica a otra.

En el laboratorio los más ansiosos también son menos hábiles para recuperar conocimientos (Mueller, 1980; citado en Davidoff, 1989). Los investigadores no comprenden estas peculiaridades pero saben que estas personas no son capaces de tener acceso a material que codificaron. Los

estudiantes con tensión ante las pruebas dicen que se bloquean o se ahogan y que sus mentes se ponen en blanco (Davidoff, 1989).

4.2 Problemas académicos

Los estudiantes en la gama media de habilidad sufren los daños más notorios; se supone que los individuos muy brillantes pueden compensar la ansiedad, mientras que los menos inteligentes no responden bien, con o sin tensión. Cuando los estudiantes aflictivos adquieren control sobre algunos de sus problemas, como metas vocacionales confusas y el caos de la vida en un dormitorio, se reduce su ansiedad (Davidoff, 1989).

4.3 Consecuencias sobre la salud física

Si las angustias perduran, a menudo amenazan la salud. La investigación indica que una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981; Dohrenwend y cols., 1984; Lazarus y Folkman, 1984, y Zarski, 1984; citados en Davidoff, 1989). Cuando se analizaban las causas fisiológicas de la ansiedad, se habló sobre el síndrome de adaptación general. La reacción de alarma, la respuesta aguda de la tensión le ofrece a los animales energía para pelear o huir; sin embargo, las ansiedades del mundo moderno exigen claridad de pensamiento a lo largo de un periodo de tiempo prolongado en vez de acción rápida. Pelear o huir no ayuda si uno está tenso con respecto a las normas sexuales, nuevos papeles sociales de la mujer y del hombre o relaciones superficiales, tensiones comunes en las sociedades modernas (Serban, 1981; citado en Davidoff, 1989). Pelear o huir tampoco ayuda a presupuestos muy ajustados, competencia por empleo o carreteras congestionadas. Las respuestas autónomas y hormonales al estrés a veces no sólo son inútiles sino dañinas. Los científicos apenas empiezan a comprender algunos de los mecanismos por medio de los cuales la tensión contribuye a la enfermedad (Davidoff, 1989).

El término *enfermedad psicosomática* se refiere a los trastornos que resultan de las respuestas corporales (somáticas) de un animal a la tensión, que es una condición psicológica. No se haya la suposición equivocada de que las enfermedades psicosomáticas son imaginarias. Son, de hecho, trastornos reales que causan un daño tisular real y sufrimiento verdadero. La gente puede incluso morir de ellos. Los científicos acostumbran clasificar aquí nueve tipos de problemas. Pero, muchas enfermedades que antes se pensaba que eran causadas totalmente por mecanismos físicos creemos ahora que son influidos por el estrés. Si es ése el caso, poco es lo que se gana al señalar ciertos trastornos como psicosomáticos.

Enfermedades psicosomáticas:

- Enfermedades infecciosas.
- Asma.
- Hipertensión esencial.
- Enfermedad cardiaca coronaria.
- Cáncer.

(Davidoff, 1989).

1. Manifestación de la ansiedad en el adolescente

Jersild (1972) menciona que uno puede suponer que un adolescente sufre ansiedad si:

- Replica de un modo que está fuera de lugar o se excede por estar grandemente contrariado a causa de cosas menudas.
- Está rencorosamente colérico por algo que parece trivial.
- Está atormentado por la culpabilidad más allá de los límites del remordimiento auténtico

- Tiene preocupaciones y temores que son irracionales, en el sentido en que sus preocupaciones están desproporcionadas por completo con relación a cualquier amenaza pendiente, o si está amedrentado por peligros que en realidad no existen y continúa estándolo pese a los recuerdos de su propia existencia de que no hay nada que temer.
- Reacciona de un modo insuficiente.
- Evita todo síntoma de cólera, cuando la cólera está justificada, o si se muestra apático e impasible en situaciones en que una persona ha de sentirse normalmente alegre, preocupada o apesadumbrada.

Es probable que un adolescente padezca ansiedad si:

- Tiene cambios de humor inexplicables, tales como estar deprimido o sufrir repentinas explosiones de llanto sin motivos aparentes, o si se siente malhumorado e irritable sin saber por qué.
- Cuando es incapaz de estarse quieto y en calma, como si no pudiera soportar los pensamientos que se le ocurren en un momento de inactividad.
- Obra claramente fuera de su carácter.
- Es amable y amistoso, pero de cuando en cuando hace cosas que son innecesariamente crueles.
- Es excesivamente rígido en sus actitudes, que es exigente consigo mismo, llamativamente acicalado, pudibundo o dogmático.
- Se impone a sí mismo normas de conducta imposibles, si se exige más de lo que nadie puede pedirle y luego se lamenta de sí mismo por no llevar a la práctica esas normas.
- Está retrasado en sus estudios.

En la edad de la adolescencia existen ya quienes parecen ansiosos hasta el extremo de la desesperación. Un estado de desesperación existe en el adolescente delincuente que obra de un modo desesperado, como si quisiera doblegarse o destruirse a sí mismo.

En una escala más suave, la ansiedad prevalece probablemente cuando los adolescentes se quejan con amargura acerca de sus padres y hallan graves faltas en ellos. Así como también en los jóvenes que se han rebelado contra su medio, su educación, o contra el grupo social en que fueron criados, o la agrupación racial o religiosa en que nacieron.

Al recalcar la presencia de la ansiedad de este modo no se está tratando simplemente de pintar un cuadro sombrío de la existencia humana. En realidad, de prevalecer la ansiedad, resultan más pesadumbres de negarla o de ocultarla que de tratar de enfrentarse con ella.

Sigmund Freud consideraba que los peligros reales e imaginados son una importante fuente de ansiedad; los psicólogos conductuales también subrayan este punto. Su explicación de la ansiedad en términos de condicionamiento respondiente plantea que el peligro a menudo está cerca cuando se condicionan los miedos.

Los investigadores han detectado una serie de cargas crónicas que contribuyen a la ansiedad; entre éstas se encuentra la pobreza, antecedentes raciales minoritarios, desempeño, un hogar disfuncional y el estado civil soltero. Algunos añadirían el hecho de ser mujer (Kessler, 1979, y Pearlin y Schooler, 1978; citados en Davidoff, 1989); además de trabajar en el mundo exterior como lo hacen los hombres, la clásica casada con hijos pasa 27 horas por semana adicionales haciendo labores de la casa y cuidando a los niños (Hofferth y Moore, 1979; citados en Davidoff, 1989).

Los cambios en la vida de un individuo pueden conducir a la tensión crónica porque generan ansiedad, y requieren adaptación (Kessler y cols., 1985; citados en Davidoff, 1989).

Sigmund Freud subrayó mucho la fuerza generadora de ansiedad de los conflictos personales; creía que los impulsos humanos a menudo chocaban contra la realidad (en donde el castigo es posible) y con lo que la conciencia aconseja.

Los psicólogos humanos también subrayan los conflictos personales, enfocándose en aquello que surgen en la elección de un estilo de vida significativo y satisfactorio (Davidoff, 1989).

2. Maneras de enfrentar la ansiedad

La investigación indica que existen cualidades de personalidad y maneras de enfrentar las tensiones que protegen a la gente. Una de estas características es una disposición bien intencionada y relajada (Holajan y Moos, 1985; citados en Davidoff, 1989). Los niños problema tienen la tendencia a desarrollar desórdenes psiquiátricos (Garmezy, 1983; Rutter, 1978; 1983, y Thomas y Chess, 1982; citados en Davidoff, 1989). Los psicólogos afirman que las personas dificultosas son irritantes y frustrantes; otros individuos las corrigen, critican y castigan el continuo, en consecuencia, pierden apoyo social y al mismo tiempo soportan más tensión. (Davidoff, 1989).

El uso exagerado de auto-decepción y evitación también es un obstáculo posible para enfrentar las cosas (Holagan y Moos, 1985; citados en Davidoff, 1989). En un estudio hecho con abogados, la dependencia de técnicas de enfrentamiento por evitación (en especial, beber y tomar tranquilizantes) se vio asociada con alta probabilidad de enfermarse (Kobasa, 1980; citado en Davidoff, 1989).

Ciertos *mecanismos de enfrentamiento por evitación* dañan directamente los tejidos; el alcohol, por ejemplo, perjudica el estómago, hígado, cerebro y corazón, además, la evitación quizás impida que las personas actúen por sí mismas (Lazarus y cols., 1970; citados en Davidoff, 1989).

Del mismo modo en que la evitación puede ser contraproducente, la vigilancia puede ser problemática (preocupación por lo que va a pasar). En un estudio, los individuos se recuperaron con mayor rapidez y eficacia cuando usaron estrategias de evitación (ignorar, negar o evadir la situación de alguna manera) (Cohen y Lazarus, 1973; citados en Davidoff, 1989). Cuando se utilizan en forma

flexible y moderada, algunos mecanismos de evitación son muy útiles, en especial cuando los factores de estrés no pueden evitarse y se gana poco con la confrontación y solución de problemas (Billings y Moos, 1984, y Lazarus, 1983; citados en Davidoff, 1989).

La noción de que resolver problemas es una estrategia útil de adaptación está respaldada por una gran cantidad de investigación (Billings y Moos, 1984; Lazarus y Folkman, 1984; Murphy y Moriarty, 1976; Silver y cols., 1983; Urbain y Kendall, 1980; citados en Davidoff, 1989).

El pensamiento positivo parece ser otro contribuyente al triunfo del enfrentamiento (Felson, 1984; Lazarus y Folkman, 1984; Scheier y Carver, 1985; Taylor, 1983, y Taylor y cols., 1984). Hay tres tipos de pensamiento positivo que distinguen a los individuos que están en tensión pero bien, de los que se encuentran en ansiedad pero físicamente enfermos (Kobasa, 1980, y Maddi, 1980; citados en Davidoff, 1989).

- 1.- Las personas comprometidas están entregadas a la vida; consideran que la existencia es significativa y se concentran en lo que sea que estén haciendo.
- 2.- Desafío. Los individuos que tienen un desafío conciben las tensiones de manera positiva; como desafíos superables en vez de amenazas abrumadoras.
- 3.- Control. Un ser humano, al enfrentarse a la ansiedad, puede sentirse desamparado o seguro de sí mismo. La confianza alimenta una sensación de control.

Sensación de control. Existe mucha literatura referente a la *sensación de control*. Sugiere que los individuos que consideran que controlan la situación, pueden manejar la ansiedad mejor (Bandura, 1982, 1985; S. Cohen, 1980; Holahan y cols., 1984; Miller y Seligman, 1982; Mineka y Hendersen, 1985; Schulz y Decker, 1985; Solomon y cols., 1980, y Taylor y cols., 1984; citados en Davidoff, 1989). En el control primario, los individuos influyen las realidades existentes (personas, ambientes, síntomas, problemas y cosas parecidas). En el control

secundario, los individuos acomodan las verdades existentes, exagerando la satisfacción o se adaptan a las situaciones, tal como están. Las dos clases de control parecen ser importantes para hacer frente a la tensión. Cuando se enfrentan con dificultades, las personas que dudan de sus capacidades trabajan con desgano y se rinden fácilmente. Quienes poseen un sentido fuerte de control primario realizan mayor esfuerzo, perseveran durante más tiempo y tienen más probabilidades de dominar las amenazas. Es posible que los adultos aprendan control primario sobreponiéndose a obstáculos cuando son niños (Anthony, 1975, y Garmezy, 1981; citados en Davidoff, 1989).

Por otro lado, Jersild (1972) explica que puesto que la adolescencia es un estado penoso, estimulará a tomar medidas para lograr el alivio. Una forma de tratar de aliviar el sufrimiento es enfrentarse a él; aprender de él, avanzar en contra de él, remontándose a pesar de él, como alguien que avanza en contra de un viento adverso. La persona ansiosa trata de evadirse y desviar la ansiedad por muchos medios. Según Kierkegaard (citado en Jersild (1972) uno trata de huir de la ansiedad sometiéndose a lo que no es verdad; Freud (citado en 3) habla de la represión y Sullivan (citado en Jersild (1972) de la disociación. Estos esfuerzos tienden a excluir el conflicto subyacente de la conciencia, como un medio de evitarlo o de paliarlo, en lugar de enfrentarse con él. Estas son defensas provisionales, pues, aún cuando pueden, durante algún tiempo, amortiguar el punzante impacto de la ansiedad, no la resuelven. Las defensas que se adoptan para amortiguar y para evadir los conflictos que yacen por debajo de la ansiedad le envuelven en nuevos conflictos (Jersild, 1972). Horney (1939, 1945, 1946, 1950) (citada en Davidoff, 1989). Las estrategias para encarar la ansiedad que probablemente toda persona reflexiva puede percibir en sí misma y en los otros en algún momento. Estas estrategias se emplean al principio como un medio de protegerse a sí mismo, pero pueden atrincherarse tan fuertemente en la personalidad que persistan hasta cuando el peligro que las ha hecho surgir ya no exista. De acuerdo con Horney (citada en Jersild, 1972), surge una situación ulterior de ansiedad cuando las estrategias están amenazadas, como acontece al

entrar en conflicto con la realidad o unas con otras. Una estrategia que una persona puede desarrollar con el propósito de sobrevivir en un medio amenazador consiste en *ir contra los otros*, no en guerra franca, sino por medios tales como tornarse competitivo, tratando de superar a otros, sobrepujarles y elevarse por encima de ellos en los deportes, en los negocios, en las tareas escolares, en las conquistas amorosas o en cualquier aspecto de su vida. Otra estrategia, según Horney (citado en Jersild, 1972) consiste en apartarse de los otros, en retirarse y permanecer alejado o desligado de ellos. Vemos esta estrategia al encontrarnos con un adolescente que carece de espontaneidad, cuando los goces de la vida parecen no excitarle y cuando las penas le dejan también impasible. Una persona despegada puede dar los pasos requeridos para interesarse por los otros, pero sus sentimientos no serán adecuados a sus actos y a sus pensamientos. Permanecerá emocionalmente alejado. Un adolescente despegado puede dar los pasos necesarios para hacer amistades, sin acercarse emocionalmente a nadie con intimidad ni dejar que nadie se le acerque. Una tercera estrategia, según Horney (citado en Jersild, 1972), consiste en ir con los otros, en adoptar una conducta de docilidad, conformismo y autoanulación. El sumiso se deja llevar por la marea. Cede. Trata de conciliar y de apaciguar. En el nivel de la adolescencia, el sumiso puede ser el buen chico que está dispuesto a dejar que los otros decidan lo que él ha de leer o pensar, y que hasta está pronto a que los demás lo utilicen como felpudo. Un adolescente dócil, tranquilizador, puede ser el que hace siempre la limpieza después de una reunión, mientras los otros se divierten, o que echa una moneda en el contador del aparcadero, mientras que los que van en el coche con él se largan por ahí a corretear. Estas formas de conducta son de pseudo-solución o neuróticas si alguien es impulsado ciegamente a emplearlas como defensa. En la medida que se vive de acuerdo con estas pseudo-soluciones se está interpretando un papel que se ha impuesto uno, pero que no refleja lo que uno sería o haría si estuviera en libertad de utilizar sus recursos o extraer provecho de ellos sin trabas. Según Horney (citado en Jersild, 1972) quien ha adoptado medios tortuosos para poder soportar un ambiente productor de ansiedad, se aferrará a ellos tenazmente. Tratará de sentirse a gusto cerca de

ellos. Utilizará sus facultades de raciocinio y de imaginación y su capacidad de persuasión para convencerse a sí mismo de que las medidas que ha tomado son una parte auténtica de su carácter real. Las estrategias utilizadas como una defensa contra la ansiedad quedan integradas en lo que ella llama el yo *idealizado*, en la medida que una persona se halle convencida de que son auténticas. Las estrategias y los criterios idealizados sobre el yo que se construye en torno de ellos causan contrariedades cuando sobrepasan el momento en que fueron necesarias. Entonces, todo cuanto amenaza con poner a la vista o minar las soluciones que alguien se ha inventado, todo cuanto amenaza la imagen idealizada, es capaz de suscitar la ansiedad. Esta se produce cuando la imagen idealizada sufre la amenaza de las realidades de la vida. Hay un peligro en ser descubierto por uno mismo y por los otros. También hay un peligro en las estrategias en conflicto entre sí o con los impulsos de la parte sana de su naturaleza. Por ejemplo, un adolescente que de ordinario adopta la conducta de ser un sumiso apaciguador está destinado a sentir de cuando en cuando un impulso de rebeldía contra su propia tendencia a dejarse llevar. Habrá momentos en que sentirá un retador ímpetu de cólera. Pero el tener una guerra así contra uno mismo es algo amenazador y una forma de crear ansiedad.

3. Ansiedades y otros problemas de personalidad

Los estudios efectuados con los adolescentes han revelado que gran número de ellos sufren de problemas personales que pueden ser una expresión de ansiedad o una fuente de ansiedad. Estos estudios indican que en la enseñanza media y en los primeros años de ésta existen entre los jóvenes muchas perturbaciones, como la incapacidad de llevarse bien con otros, y un aumento considerable de la autorrepulsa (Fleefe, 1945; Hertzman, 1948, y Spivack, 1956; citados en Jersild, 1972). En un estudio de Pope (citado en Jersild, 1972), casi la mitad aludieron a problemas en las relaciones con sus maestros. Muchos estudiantes en este estudio nombraron problemas referentes a la escuela tales como ser incapaces de concentrarse, no estudiar bastante, ser incapaces de

expresarse bien. El término medio de los estudiantes comunicó problemas personales en número de 15 a 19 (Jersild, 1972).

Frank y sus asociados 1953 (citado en Jersild, 1972) dedujeron de una investigación, que las muchachas de enseñanza media y universitaria daban muestras de *trastornos emocionales más frecuentes y graves* de cuanto los investigadores esperaban. Los problemas surgían especialmente en la región de las relaciones interpersonales y daban lugar a *preocupación con perplejidades, sentimientos y fantasías personales*. Había pruebas de muchos infortunios y tensiones, especialmente entre algunos de los grupos más jóvenes de muchachas adolescentes y que representaban niveles económicos sociales y medios ético-culturales ampliamente diferentes.

Los adolescentes conturbados, cuando emprenden la tarea de crecer, soportan sus cargas emocionales en la soledad. Muchos de ellos mantienen una vigilancia solitaria de sus contrariedades. El hecho de que el adolescente tenga muchos problemas personales debe ser sopesado en relación con otro hecho: el de que la mayor parte de ellos se las arregla para seguir adelante en su vivir cotidiano y para adoptar las responsabilidades adultas (Jersild, 1972).

CAPITULO III

AUTOLESIÓN

La autolesión es un tema relativamente nuevo para la investigación en psicología, y de acuerdo a la información recabada es un problema que va en aumento en países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, entre otros (Matsumoto et al., 2014; Sourander et al., 2006; Akyuz et al., 2005). Por lo tanto en este capítulo abarcaremos de manera amplia, de tal forma que el conocimiento que se tiene hasta este momento pueda ser mas claro y preciso en cuanto a su estudio, así como a sus formas en la que se presenta y causas.

1. Definición de autolesión

Una ayuda importante para poder dar una definición de autolesión, es saber que términos son y han sido utilizados para referirnos a este tema. Así tenemos que desde la década de 1930, Menninger (1938; citado por Matsumoto et al., 2005) denomina a la autolesión como *suicidio focal*, donde el autolesionador desplaza sus impulsos suicidas hacia alguna parte del cuerpo; en la década de 1960 y 1970 se tuvo conocimiento de un grupo de mujeres que se realizaban cortes en las muñecas para reducir tensión, mas no para suicidarse (Graff y Malin; 1967), a tal acto se le denominó *síndrome de auto-cortes delicados* (syndrome of delicate self-cutting; Pao, 1969), y síndrome de corte de muñecas (Wrist-cutting syndrome; Rosenthal et al., 1972); en 1975, Simpson (citado por Yates, 2004) sugirió el termino antisuicidio, quien argumenta que esta conducta era una estrategia psicológica para prevenir el suicidio; en la década de 1980 Pattison y Kahan (1983) marcaron un momento de renovación para comprender mejor la naturaleza de la autolesión, porque consideraron proponer a la *autolesión como una entidad diagnóstica*, ya que señalaron que el 63% de las personas que utilizaban este medio, recurrían a otros métodos además de cortarse; finalmente

un término que continúa hasta nuestros días, es el propuesto por Favazza (1996; citado por Meza, 2010), y que además de ello, está dentro de la literatura científica, es el de *automutilación*.

De acuerdo a las referencias anteriores podemos retomar el término de autolesión como el más certero para la comprensión del tema, ya que según estudios anteriores e información recabada de la investigación de Meza 2010, *autolesión* se apega a un criterio en el que se entiende la ausencia de una intención suicida en el acto lesivo.

Por lo tanto una de las definiciones más precisas para esta investigación es la de Miquel Roca Bennasar (2010), quien señala que la autolesión es:

“...infligirse de forma repetida daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado grave e incluso fractura de huesos...Se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos”.

2. Formas de autolesionarse

Entre los métodos más comunes para llevar a cabo la autolesión son: cortarse, rasguñarse, grabar palabras, excoriar las heridas, dar golpes en cuerpo, quemarse, golpearse la cabeza u autoinfligirse tatuajes; otros métodos menos comunes son: mordeduras, abrasiones, arrancamiento del cabello, pincharse con agujas, pellizcarse e insertarse objetos bajo la piel y las uñas (Meza, 2010). En gran parte de las investigaciones realizadas aportan que el cortarse la piel con objetos afilados es uno de los principales métodos de autolesión, con una ocurrencia del 65% al 92% (Polk y Liss, 2007; Rodham et al., 2004). Cabe señalar que la cita anterior fue útil para la elaboración del instrumento de evaluación para el presente estudio.

Las principales áreas del cuerpo que las personas eligen para autolesionarse son los antebrazos, extremidades superiores e inferiores, predominando los antebrazos, muñecas y muslos; también pueden haber heridas en manos, dedos y abdomen (Nixon et al., 2002; Whitlock et al., 2006). Se eligen principalmente estas áreas porque los autolesionadores refieren que son partes donde se pueden disimular fácilmente bajo la ropa (Meza, 2010).

3. Tipos de autolesión

Al poder entender en que consiste la autolesión, surge un interés por saber en que formas se manifiesta y para eso es necesario asignarlo dentro de una clasificación, para lo cual retomaremos la propuesta de Simeon y Favazza (2001; citado por Meza, 2010), establecieron que la autolesión se divide en cuatro categorías: *estereotípica, mayor, compulsiva e impulsiva*.

3.1 Autolesión estereotípica:

Meza (2010) la entiende como las conductas repetitivas típicas de enfermedades neurológicas o deficiencias del desarrollo, tales como el retraso mental, autismo, síndrome de Lesch-Nyhan y el síndrome de La Tourette; las conductas principales son golpearse en la cabeza, morderse la lengua o los labios, pellizcarse y rasguñarse; estos actos no son planeados y tampoco involucran aspectos ambientales como causantes de la conducta, hace mención de ella por formar parte de la clasificación de los autores y para entender mejor la diferencia entre los aspectos causantes la misma categorización.

3.2 Autolesión Mayor:

Comprende actos de auto-daño de letalidad mediana y alta, y que causan daño tisular grave; está relacionada con estados psicóticos que pueden tener

origen en cuadros de esquizofrenia, o pueden ser consecuencia de consumo de sustancias, como ejemplo se tiene la mutilación de órganos sexuales femeninos y masculinos, amputación de alguna parte del cuerpo.

3.3 Autolesión compulsiva:

Incluye conductas como arrancarse el cabello, pellizcarse la piel y morderse las uñas (Meza, 2010). Tiene una fuerte asociación con trastorno de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo y la tricotilomanía. Simeon y Favazza (2001; citado por Meza, 2010) mencionan que estas conductas aparecen como un patrón compulsivo en el actuar de las personas, ya que puede presentarse durante varias veces al día, y suelen ocurrir sin una necesidad consciente, por lo regular en presencia de otras personas.

3.4 Autolesion Impulsiva:

Se refiere a conductas como cortarse, quemarse y golpearse alguna parte del cuerpo. Posee un rasgo muy particular que logra distinguirla de los demás tipos de autolesión, que consiste en la extrema privacidad con que el individuo se inflige las heridas y la cautela con que oculta sus cicatrices (Nixon et al., 2008; Whitlock et al., 2006). Es importante señalar la relación que tiene esta categoría con el Trastorno límite de la personalidad, el Trastorno antisocial de personalidad, el Trastorno por estrés postraumático, así como con desórdenes de alimentación (Simeon y Favazza, 2001; citado por Meza, 2010), ya que es una parte que fundamenta esta investigación, al relacionar estrechamente la autolesión con Trastorno de la personalidad.

4. Etiología de la autolesión

Aún cuando las razones que hay para autolesionarse son complejas, los estudios cuantitativos y cualitativos (Murray et al., 2005; Rao, 2006; Rodríguez et al., 2007) señalan que en la mayor parte de los casos, el acto autolesivo es causa de un efecto negativo que la persona percibe como intolerable. Y son factores como la ansiedad y la tensión lo que realmente predomina en estas conductas (Klonsky et al., 2003). Y es por ello la importancia de recalcar el papel de la ansiedad como una causa fundamental, ya que, según Teicher (2003), casi todo el tiempo, el ser humano experimenta un círculo vicioso de ansiedad, agresividad u hostilidad y más ansiedad. Esto significa que la ansiedad, que es el producto de una frustración, genera hostilidad como respuesta. La hostilidad, a su vez, puede incrementar la ansiedad. Así se cierra el círculo hasta que se produce alguna descarga.

Dos áreas de gran significancia dentro de las causas de la autolesión son los factores biológicos y los factores ambientales (Meza, 2010). Las cuales fueron de motivación para elegir las variables de estudio en esta investigación.

4.1 Factores biológicos

La explicación más común de la autolesión sugiere que algunas personas experimentan activación extrema e intolerable en respuesta a eventos estresantes, y que éstas infligen heridas porque esto conduce al decremento de tal activación (Meza, 2010).

Sachsse y colegas (2002; citado por Meza, 2010) midieron por varias noches consecutivas el nivel de cortisol en la orina de la mujer que había sido diagnosticada con trastorno límite de la personalidad. Dado que la secreción de cortisol aumenta bajo condiciones de estrés, los investigadores compararon los niveles de cortisol de días en que se autolesionaba y en los que no, encontrando que estos eran significativamente inferiores en los días posteriores al acto autolesivo.

Nock y Mendes (2008); midieron el nivel de conductancia de la piel de una muestra de adolescentes durante la realización de una tarea de tolerancia al estrés. El grupo de autolesionadores mostró cambios significativos en la activación fisiológica a comparación del grupo control, diferencia que se volvió particularmente acentuada cuando los investigadores les informaron que su desempeño estaba siendo malo, hecho del que se concluye que el autolesionador genera alta activación fisiológica al enfrentar situaciones estresantes.

En un estudio realizado por Cowell y colegas (2008; citado por Meza, 2010) corrobora la existencia de niveles inferiores de serotonina periférica en adolescentes que se autolesionan. La reducción de la depresión, impulsividad y autolesión a través de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) sustentan lo anterior.

4.2 Factores ambientales

El *abuso sexual* en la infancia es uno de los factores etiológicos referidos con mayor frecuencia por los autolesionadores, y cuya relación con la autolesión ha sido constatada por diversas investigaciones (Paivo y McCulloch, 2004; Nijman et al., 1999; citados por Meza, 2010).

Weierich y Nock (2008; aportaron información en un estudio, en el que evaluaron la sintomatología del Síndrome de Estrés Postraumático en una muestra de 41 adolescentes autolesionadores y no autolesionadores, los resultados indicaron que síntomas como la *rememoración del trauma*, la *evitación* y *el entumecimiento*, fungían como mediadores en la relación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la frecuencia de actos autolesivos.

El *abuso emocional* también ha sido señalado como factor etiológico en la autolesión. Glassman y colegas (2007; citado por Meza, 2010) realizaron un estudio que confirmó la relación entre la experiencia infantil de abuso emocional y la autolesión, misma que se explicaba por la presencia de un estilo cognitivo autocrítico. Los autores siguieron que el individuo abusado emocionalmente es

criticado de forma tan severa, que eventualmente desarrolla la tendencia a la autocrítica excesiva, utilizando la autolesión como medio directo de “auto-abuso”.

Meza (2010) menciona que la ciencia debe considerar otras variables para explicar como surge la conducta autolesiva, y una alternativa es la exploración del *entorno familiar*. Línea (2003; citado por Meza 2010) ha señalado la existencia de patrones que tienen un alto impacto en el posterior desarrollo de la autolesión, y a los que denomina “*ambiente invalidantes*”; en este tipo de interacción familiar, las experiencias emocionales del niño son continuamente ignoradas, negadas, ridiculizadas o sancionadas.

Un estudio realizado por Crowell y colegas (2008; citado por Meza, 2010) se encontró que las familias de adolescentes autolesionadores exhibían menos emociones positivas, más emociones negativas, y pobre cohesión entre los miembros, a comparación de las familias del grupo control.

5. Funciones de la autolesión

Las autolesiones pueden tener diversas funciones según las consecuencias que tengan estas mismas conductas, ya que puede ser desde un refuerzo positivo debido a la mejora inmediata que poseen, hasta un impacto destructivo, esto según sea el estado psicológico de la persona. Además, en un mismo individuo, diferentes formas de autolesión pueden tener la misma función pero también la misma autolesión en el mismo lugar realizado de forma repetitiva puede tener diferentes significados (Roca, 2010). Para la mayoría de la gente hay justificación de su conducta autolesiva, destacando inmediata y principal función: alivio de la tensión y el dolor emocional.

Hay estudios que muestran la evidencia biológica de que las personas que se autolesionan experimentan una reducción fisiológica del estrés que puede durar hasta 24 horas (Crowe y Bunclark, 2008). Cabe resaltar que aún cuando parece ser un método eficaz en el momento, también hay evidencia científica que propone que la mejoría subjetiva de los estados emocionales negativos posterior a la

conducta autolesiva, puede ser regulada por el sistema opioide endógeno (Russ, 1992), mismo sistema que puede producir experiencias subjetivas de estados emocionales positivos, aún también de manera temporal (Kemperman et al., 1997).

Una función más que cumple la autolesión es el *logro de la atención* por parte de los demás, que con frecuencia los miembros de la familia o los terapeutas consideran que este deseo de atención es la principal y única función y, por lo tanto el entorno suele reaccionar de manera negativa.

Otro objetivo de la autolesión es realizarlo como *castigo* ante sentimiento de culpa desencadenados por una historia de abusos en la que se sienten responsables de lo ocurrido. Y finalmente puede reflejar la tendencia a la autodestrucción en relación con una autoimagen negativa.

6. Presencia de la autolesión en la adolescencia

Las autolesiones suelen iniciarse en la adolescencia, se repiten con relativa frecuencia y se utilizan diversos métodos (Roca, 2010). Al igual que las conductas suicidas, la adolescencia se muestra como una etapa de riesgo en el desarrollo de la autolesión. Investigaciones estima que entre el 4% y el 65% de los adolescentes en la población general (Lloyd-Richardson et al., 2007; Nixon et al., 2008; Rodham, Hawton y Evans, 2004), y alrededor del 82% de adolescentes de la población clínica (Nock y Prinstein, 2004) se autolesionan. En un estudio realizado a una muestra de preadolescentes, en su mayoría hispanas, indicó que el 56% se autolesionaba, las autoras destacan que desde el punto de vista del desarrollo psicológico, esta etapa de tiempo es determinante en el surgimiento del dolor emocional, especialmente en las niñas (Hilt, Nolen-Hoeseema y Cha, 2008).

Aún cuando los estudios muestran cifras para determinar en que porcentajes ocurre la autolesión, es importante indicar que hace falta mas investigación en lo que le compete a México, porque la investigación en nuestro

país se limita a muestras pequeñas haciendo la información escasa para su tratamiento (González, 2008; Henestrosa, 2006). Una investigación reveló que entre el 8% y el 14% de jóvenes entre los 12 y los 18 años, refirieron haberse autolesionado cuando menos 5 veces en el años anterior a la realización del estudio (Santos, 2007), dato en el cual esta basada la edad para la presente investigación. Esta es una parte que justifica los estudios de este tema, y aún más la necesidad que hay de poder investigar a gran escala para poder determinar mejor sus causas de acuerdo a las características mexicanas y su cultura en general.

Una edad que sugieren algunos estudios para poder investigar la autolesión es aproximadamente entre los 13 y los 16 años debido a que es la edad donde comienza a hacer su aparición (Nock y Mendes, 2008, 2008; Croyle y Waltz, 2007). Esto podría ser debido a que la adolescencia es un proceso sujeto a detención y desviaciones y abierto a desenlaces distintos, ya que la biología lo pone en marcha, pero su desenvolvimiento y sus vicisitudes están poderosamente influidos por las circunstancias familiares y sociales en que ocurre, en efecto la familia provee la matriz para el cambio; la sociedad, los modelos y las alternativas a las situaciones que se representa, esto definirá la conducta que realice (De la Fuente, 1992).

CAPITULO IV

PERSONALIDAD

1. Definición de personalidad

El término personalidad se usa en muchas formas. Puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. El significado popular incluye rasgos como el atractivo social y la atracciones de los demás. Pero, desde el punto de vista científico, todos tenemos una personalidad. Simplemente es nuestra *naturaleza psicológica* individual (Dicaprio, 1989).

Para muchos, la personalidad es el patrón singular de pensamientos, emociones y conducta de un individuo (Funder, 2001; citado por Coon, 2005). En otras palabras, designa la congruencia de quienes somos, hemos sido y seremos. Designa, asimismo, una combinación especial de talentos, valores, esperanzas, amores, odios y hábitos que nos hacen una persona distinta (Coon, 2005).

Para tener una orientación mejor en cuanto al tema de personalidad, Dennis Coon (2005) realiza una breve diferencia entre carácter y temperamento, ya que comúnmente ambos términos se suelen confundir con personalidad. En primer lugar *personalidad* significa que hemos evaluado a un individuo, no solo que hemos descrito (Skipton, 1997; citado por Coon, 2005). Si al decir que alguien tiene “personalidad”, queremos decir que es amistoso, extrovertido y atractivo, estaremos describiendo lo que se entiende por buen carácter en nuestra cultura. Pero en otras culturas se juzga conveniente ser feroz, agresivo y cruel. Por tanto, aunque todos los integrantes de una cultura tengan personalidad, no todos tienen carácter o por lo menos buen carácter (Coon, 2005). Por otro lado, la personalidad se distingue de *temperamento*. Ésta es la “materia prima” de donde se forma la personalidad. El temperamento indica los aspectos hereditarios de la personalidad

como sensibilidad, irritabilidad, distracción o estado de ánimo típico (Kagan, 1989; citado por Coon, 2005).

Un término más que es necesario comprender dentro de la personalidad es *rasgos de personalidad*, los cuales son cualidades estables que se muestran en la mayoría de las situaciones. Los rasgos una vez identificados servirán para predecir el futuro.

Es importante señalar que la personalidad rara vez cambia de modo drástico. Entre los 20 y 30 años, la personalidad empieza a consolidarse conforme el individuo va madurando más en la dimensión emotiva. A los 30 ya es bastante estable. Casi lo que uno es a los 30 años lo será también a los 60 (Costa y McCrae, 1992; Roberts, Caspi y Moffitt, 2001; citados por Coon, 2005).

2. Personalidad en la adolescencia

De la Fuente (1992) menciona que desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia. En contraste con otras épocas quiescentes de la vida, es el cambio, la transformación de la personalidad en su núcleo profundo. Este cambio ocurre en respuesta a nuevas urgencias biológicas y nuevas demandas sociales. En la adolescencia, los jóvenes toman decisiones que son irrevocables y suelen cometer errores que son irreversibles.

Lo que caracteriza a las personalidades sanas es el crecimiento y la renovación, por lo que la repetición compulsiva de patrones infantiles es indicativa de un desarrollo perturbado.

Es claro que si el proceso de la adolescencia puede prolongarse, puede también anticiparse o acelerarse. De ser así, al joven le falta tiempo para acomodarse a los cambios internos o ajustar su estructura personal; la consecuencia es un empobrecimiento de la personalidad.

3. Teorías de la personalidad

Un teoría es un grupo de proposiciones generales, coherentes y relacionadas entres sí, que se utilizan como principios para explicar una clase o conjunto de fenómenos. Es un sistema de constructos, congruentes, mutuamente reforzante, relacionados entre si y entrelazados. Es, en efecto, un enunciado de las relaciones que supuestamente se dan en un conjunto amplio de datos. Toda teoría nace de una hipótesis y puede generar otra. La formulación de la teoría empieza por la reflexión e integración de las pruebas disponibles, que no solo incluyen los resultados de varios estudios, observaciones y experimentos, sino también especulaciones emocionales y filosóficas, así como las actitudes que el teórico pueda tener como consecuencia de su formación. Al forjar una teoría el psicólogo tiene que hacer inferencias o suposiciones acerca de lo que ocurre cuando sus observaciones directas no lo explican (Horrocks, 2008).

Una teoría de la personalidad es una caracterización de la personalidad que se basa en la observación, corazonadas intuitivas, consideraciones racionales y descubrimientos de la investigación experimental (Di caprio, 1989).

Lo que denominamos personalidad no puede observarse directamente. Desde luego podemos enterarnos de ella a partir de nuestra propia experiencia. Sin duda puede ser influida por estímulos externos, y podemos conocerla a través de sus efectos, la conducta observable; por tanto, podemos intentar forma una teoría de su estructura y principios de funcionamiento (Di caprio, 1989). Una teoría de personalidad es un sistema de conceptos, suposiciones, ideas y principios que tratan de explicarla (Coon, 2005).

Por otra parte, para Hall y Lindzey (1957; citados por Bischof, 2007) un teoría debería ser sencilla y los bastante clara para que se pueda comprender, usar, emplear para reunir datos de un modo ordenado, para aclarar el pensamiento y para predecir acontecimiento con seguridad. Para otros, la teoría debe cumplir cuatro funciones: describir, delimitar, generar e integrar (Rychlak,

1968; citado por Bischof, 2007). Para lo cual Dennis Coon (2005), expone algunas teorías que han sido formuladas y tenemos que las principales son:

3.1 Teoría de los Rasgos

Tratan de descubrir los rasgos que constituyen la personalidad y como se relacionan con la conducta real (Coon, 2005).

Los rasgos son cualidades estables y duraderas que aparecen en la mayoría de las situaciones. (Coon, 2005).

El psicólogo Gordon Allport (1961; citado por Coon, 2005) identificó varias clases de rasgos:

- Rasgos comunes: Son características que comparten los integrantes de una cultura y nos indican en que se parecen los individuos de un país o cultura o que rasgos se resaltan en ella.
- Rasgos individuales: Definen las cualidades únicas de la persona.
- Rasgos cardinales: Rasgo de la personalidad tan importante que todas las actividades se relacionan con él.
- Rasgos centrales: Constituyen la estructura básica de la personalidad, es decir, caracterizan la personalidad del individuo.
- Rasgos secundarios: Aspectos de la personalidad menos congruentes y relativamente superficiales.
- Rasgos superficiales: Raymon B. Catell (1906-1998) buscaba profundizar más en la personalidad para averiguar como se interrelacionan los rasgos. Comenzó estudiando los rasgos que constituyen las áreas visibles de la personalidad y los llamo rasgos superficiales.

- Rasgos fuente: Rasgos fundamentales en los que se basan los rasgos de la personalidad; cada uno se refleja en varios rasgos superficiales.

Aun así, Allport reconocía que, al poner énfasis en los rasgos de la personalidad, había “descuidado la variabilidad inducida por los factores ecológicos, sociales y situacionales” (Allport, 1966b; citado por Cloninger, 2003).

3.2 Teoría Psicoanalítica

Coon (2005) la define como teoría de la personalidad que concede mucha importancia a las fuerzas y los conflictos inconscientes. Por tanto es oportuno retomar que los psicodinámicos no se limitan a estudiar los rasgos. Más bien tratan de ahondar más allá de la superficie de la personalidad: averiguar qué impulsos, conflictos y energías nos animan. Están convencidos de que muchas de nuestras acciones provienen de necesidades ocultas o inconscientes. La teoría psicoanalítica, es el enfoque psicodinámico más conocido, se desarrolló a partir de la obra de Sigmund Freud, médico vienés que, en el ejercicio de su profesión, se sintió fascinado por pacientes cuyos problemas parecían ser más bien emocionales que físicos; para lo cual perfeccionó una teoría de la personalidad que tuvo grandes repercusiones en el pensamiento moderno.

Freud (1925; citado por Cloninger, 2003) menciona que algunos de nuestros pensamientos se conocen con facilidad y pudiera ser que eso es todo lo que hay en nuestra mente; por lo tanto vio los límites de este enfoque. “Lo que está en su mente no es idéntico a aquello de lo que usted está consciente; que algo esté pasando por su mente y que lo escuche son dos cosas diferentes”. Es por ello que postuló tres niveles de la consciencia y comparo la mente con un iceberg que flota sobre el agua. Como éste, solo una pequeña parte de la mente se puede ver en realidad: la mente *consciente*. Así como en la superficie del agua, a veces visible y a veces sumergido, está la mente *preconsciente*. Como un

iceberg, grandes peligros yacen en lo que no se ve. Por último, existe una gran masa –que es la mayor parte de la mente- que está escondidas, como la masa de un iceberg que se encuentra bajo el agua: la mente *inconsciente*.

Para establecer con mayor claridad la tensión entre el inconsciente, que busca expresión, y la consciencia, que trata de frenar las fuerzas del inconsciente, Freud describió tres estructuras de la personalidad. El *ello* es primitivo y la fuente de los impulsos biológicos. Es inconsciente. El *yo* es la parte racional y compete de la personalidad. Es la estructura de la personalidad más consciente (sin embargo, no del todo consciente). El *superyó* está formado por las reglas e ideales de la sociedad que el individuo ha internalizado. Algo del superyó es consciente, pero mucho de él permanece en el inconsciente (Cloninger, 2003).

3.3 Teoría Psicodinámica

Se centran en el funcionamiento interno de la personalidad, especialmente en los conflictos y las luchas.

Las ideas de Freud no tardaron en atraer a personas brillantes. Con la misma rapidez, la importancia que daba a los impulsos instintivos y a la sexualidad hizo que muchos no estuvieran de acuerdo con él. A los que se mantuvieron fieles a las ideas centrales de Freud se les conoce como neofreudianos (*neo* es un prefijo griego que significa “nuevo”). Aceptaron los aspectos generales de su teoría pero revisaron algunas partes de ella. He aquí algunos de los más conocidos: Karen Horney, Ana Freud (su hija), Otto Rank y Erich Fromm. Otros de sus primeros seguidores rompieron completamente con Freud y crearon su propia teoría. En este grupo encontramos a psicólogos como Alfred Adler, Harry Sullivan y Carl Jung.

3.4 Teoría del Aprendizaje

Atribuyen las diferencias de personalidad a la socialización, las expectativas y los procesos mentales; por tal razón los teóricos conductistas explican la personalidad a través de conceptos sencillos como aprendizaje, reforzamiento e imitación. Las teorías conductistas y del aprendizaje social se basan en la investigación científica, lo cual las convierten en poderosas perspectivas para mirar la personalidad. También las teorías conductistas de la personalidad sostienen que la personalidad no es más que un conjunto de patrones conductuales aprendidos. Como otras conductas aprendidas, la personalidad se adquiere a través del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, el aprendizaje observacional, el reforzamiento, la extinción, la generalización y la discriminación (Coon, 2005).

Los estrictos teóricos del aprendizaje rechazan la idea de que la personalidad se compone de rasgos. Señalan, por ejemplo, que no existe lo que llamamos rasgo de "honestidad" (Bandura, 1973; Mischel, 1968; citado por Coon, 2005). En lugar de rasgos globales, los cuales etiquetan las tendencias conductuales, pero en realidad no las explican, Mischel (1973; citado por Cloninger, 2003) propone que los psicólogos de la personalidad consideren diversos procesos psicológicos dentro de una persona que determinan como influirá una situación particular en la conducta del individuo. Esos aspectos de la personalidad permiten la adaptación al ambiente en el estilo único del individuo. A esos conceptos los denominó *variables cognoscitivas del aprendizaje social de la persona*, ya que se derivan de la cognición y del aprendizaje social. En resumen, podemos denominarlos variables cognoscitivas de la persona. Esos conceptos incluyen la consideración de los rasgos y la forma en que las persona emplean etiquetas de rasgos para describirse y para describir a los demás. También van mas allá de esto, proporcionando una amplia de las variables cognoscitivas de la persona que constituyen la personalidad: estrategias de codificación y constructos personales, aptitudes, expectativas, valores subjetivos del estímulo y sistemas y planes autorregulatorios (Cloninger, 2003).

3.5 Teoría Humanista

Ponen de relieve la experiencia privada y subjetiva, así como el crecimiento personal (Coon, 2005).

El humanismo se centra en la experiencia, los problemas, el potencial y los ideales del hombre. Reaccionan contra el determinismo de los rasgos, el pesimismo de la teoría psicoanalítica y la naturaleza mecánica de la teoría del aprendizaje. En el núcleo encontramos una imagen positiva de lo que significa humano. Los humanistas rechazan la concepción freudiana de la personalidad como un campo de batalla de las fuerzas instintivas y el inconsciente. En cambio, consideran que la naturaleza humana es intrínsecamente buena. (La naturaleza humana se compone de rasgos y cualidades, de potenciales y los patrones conductuales más característicos del género humano.) Se oponen asimismo a los matices mecanicistas y codificados del enfoque conductista. No somos – sostienen- un mero manojito de respuestas moldeables. Por el contrario, somos seres creativos dotados de libre albedrío (capacidad de elegir que no está controlada por la genética, el aprendizaje ni las fuerzas inconscientes). En pocas palabras, los humanistas buscan medios de estimular la relación de nuestro potencial (Coon, 2005).

Comparación de las teorías de la personalidad				
	Teoría de los rasgos	Teoría psicoanalítica	Teorías conductistas y del aprendizaje social	Teoría humanista
Concepción de la naturaleza humana	Neutral	Negativa	Neutral	Positiva
¿La conducta es libre o está	Está determinada	Está determinada	Está determinada	Libre albedrío

determinada?				
Motivos principales	Dependen de los rasgos personales	Sexo y agresión	Impulsos de todo tipo	Autorrealización
Estructura de la personalidad	Rasgos	Ello, yo, superyó.	Hábitos, expectativas	Yo
Función del inconsciente	Minimizada	Maximizada	Prácticamente inexistente	Minimizada
Concepción de la conciencia	Rasgos de honestidad, etc.	Superyó	Autoreforzamiento, historial de castigos	Yo ideal, proceso evaluativo
Énfasis en el desarrollo	Efectos combinados de la herencia y del ambiente	Etapas psicosexuales	Situaciones críticas del aprendizaje, identificación e imitación	Desarrollo de la imagen de si mismo
Barreras para el crecimiento personal	Rasgos enfermizos	Conflictos inconscientes, fijaciones	Hábitos negativos, ambiente poco sano	Condiciones de autoestima, incongruencia

Fuente: Coon, 2005.

4. Trastornos de la personalidad

4.1 Definición de los trastornos de la personalidad

Avia (1989; citado por Echeburúa, 1996) menciona que las dimensiones de personalidad normales representan pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo y con uno mismo y se manifiestan en un amplio abanico de situaciones cotidianas importantes desde una perspectiva personal y social. Los trastornos de personalidad, por el contrario, se corresponden con

pautas inflexibles y no adaptativas y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) y a un aumento en el malestar subjetivo. Echeburúa (1996) considera las dificultades de adaptación social como las más definitorias de este tipo de trastornos.

Por su parte Livesley y Cloninger (1997,1993; citados por Roca 2010) definen los trastornos de personalidad como variaciones extremas del temperamento asociadas al fracaso para conseguir las tareas universales de identidad (autodirección) y vínculo, intimidad o afiliación (cooperación).

Se trata por tanto, de pautas de conducta crónicas, nocivas y desadaptadas, que se manifiestan de forma rígida e impiden el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas (Echeburúa, 1996).

Millon (1981, 1990; citado por Echeburúa, 1996) propone tres características que diferencian las personalidades normales de los trastornos de personalidad:

- a) La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.
- b) La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social.
- c) La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

Vázquez, Ring y Avia (1990; citados por Echeburúa, 1996) señalan que los trastornos mentales aparecen en personas psíquicamente normales, que razonan bien y con un sentido claro de la realidad. No son propiamente *enfermedades mentales*, como las neurosis o las psicosis. Se diferencian básicamente en cuatro aspectos:

- a) Son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en situación determinada.

- b) Reflejan alteraciones más globales de la persona y menos circunscritas a unos síntomas concretos.
- c) Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la misma medida en que los son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.
- d) Son, por todo ello, menos “cambiables”.

Los trastornos de personalidad son duraderos y describen la conducta habitual de una persona. Estos trastornos tienen una conducta habitual de una persona. Estos trastornos tienen un comienzo insidioso: normalmente comienzan a ser detectables desde la adolescencia e incluso antes (Echeburúa, 1996).

Para el caso de los trastornos mentales, en ocasiones se hace más difícil su tratamiento, ya que tienden a suscitar un cierto rechazo en la sociedad e incluso entre los mismos terapeutas. El diagnóstico de *trastorno de la personalidad* conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Las personas aquejadas de estos trastornos son percibidas como manipuladoras, buscadoras de atención, molestas, no mentalmente enfermas, con capacidad para controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico. Por ello, se les considera con un cierto control voluntarios sobre sus conductas y, por tanto, responsables de las mismas. La vigencia de estas actitudes está relacionada, a su vez, con un cierto rechazo –explícito o implícito- de los centros asistenciales a tratar a este tipo de sujetos (Lewis y Appleby, 1988; citado por Echeburúa, 1996).

4.2 Clasificación de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994; citado por Echeburúa, 1996), hay once trastornos de personalidad, agrupados en tres grandes tipos, y dos categorías provisionales adicionales. En el primer tipo (A), se encuentran los sujetos *raros y excéntricos*; en el segundo tipo (B), los sujetos

emocionales e inmaduros; y finalmente en el tercer tipo (C), se ubican los sujetos *temerosos*. A continuación se explican cada uno de ellos, así como los trastornos de personalidad agrupados en estos tres tipos.

4.2.1 Sujetos raros y excéntricos (Grupo A)

Este grupo incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Estos tres cuadros guardan dos similitudes principales: por un lado, la apariencia de sus miembros como raros o extravagantes frente aquellos que les rodean; por otro lado, el hecho de que todos ellos se encuentran incluidos dentro del denominado “espectro esquizofrénico”, ya que tienden a presentarse con mayor frecuencia de la esperada entre familiares de probandos esquizofrénicos (Roca, 2010).

Sin embargo, Miquel Roca (2010) menciona que en lo que difieren de forma sustancial estos trastornos es en cuanto a su presentación fenomenológica. En el trastorno paranoide, por ejemplo, la característica clínica más prominente es la exageración de un rasgo de personalidad común en todas las personas: la suspicacia. En el trastorno esquizoide sucede a la inversa; lo que llama la atención es la ausencia de un rasgo común en las personas normales como la necesidad de establecer relaciones interpersonales. El trastorno esquizotípico, por último, se aparta de todos los trastornos de la personalidad, ya que se caracteriza por la presencia de experiencias cognoscitivas y perspectivas anómalas que no suelen estar presentes en personas sanas, salvo circunstancias excepcionales (consumo de drogas, fenómenos de alteración de la conciencia, etc.).

- *Trastorno paranoide de la personalidad*

Se trata de personas muy sensibles que están siempre a la defensiva, manifiestan continuamente ideas y preocupaciones no justificadas y una

desconfianza extrema hacia los demás ante la certeza percibida de que tratan de engañarles. Por ello, tienden a ser suspicaces, celosos y a buscar siempre motivaciones ocultas en la conducta de los demás. Pueden ser observadores agudos y penetrantes, correctos en su percepción, pero cerrados en su juicio. Como consecuencia de todo ello, las dificultades en las relaciones interpersonales, tanto desde una perspectiva afectiva como de la integración en un equipo de trabajo, son muy grandes (Avia, 1989; citado por Echeburúa, 1996). Son en general, personas orgullosas, rígidas, poco flexibles y frecuentemente conflictivas. Carecen de sentido del humor, rechazan fuertemente las dudas y las autocríticas y su estado de ánimo oscila entre la irritabilidad y los celos. El tipo de vida más bien solitario suele ser frecuente de ellos. (Echeburúa, 1996).

- *Trastorno esquizoide de la personalidad*

Estas personas no tienen apenas relaciones interpersonales porque carecen de interés por las mismas, no muestran afecto por los demás y resultan indiferentes ante los sentimientos de las personas que les rodean y ante las críticas o elogios de ellas. Tienden a mostrar deficiencias en la espontaneidad y en la expresión de afectos, con una frialdad emocional, son muy independientes y manifiestan un aislamiento social, incluso entre su propia familia, sin apenas deseo de relación con otras personas y con poca sensibilidad ante las emociones de los demás (Echeburúa, 1996). La existencia de estas personas se caracteriza por la introversión, el aislamiento y la vida al margen de la estructura sociofamiliar (Valdes, 1991; citado por Echeburúa).

- *Trastorno esquizotípico de la personalidad*

Son los individuos más extraños de todos en este grupo de *sujetos raros y excéntricos*. De acuerdo con el DSM-IV-TR se trata de personas excéntricas, con alteraciones en el pensamiento, la percepción, el lenguaje y la conducta, pero que

no son suficientemente graves como para ser diagnosticadas de esquizofrénicas. Entre estas alteraciones figuran el pensamiento mágico (telepatía, supersticiones, poderes ocultos, etc.), las ideas de referencia, las ilusiones recurrentes y la incoherencia en el lenguaje. Las alteraciones perceptivas de estas personas alcanzan también a la autoimagen personal. No son infrecuentes los sentimientos de extrañeza y de despersonalización respecto a sí mismos, así como un atuendo extravagante y un aspecto externo desaliñado. La expresión de emociones es pobre y, cuando se da, tiende a ser inapropiada, con reacciones de extrañeza por parte de las personas que les rodea (Echeburúa, 1996).

A continuación un breve resumen de las principales características de los trastornos del Grupo A:

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno paranoide	Desconfianza excesiva e injustificada. Susplicacia. Hipersensibilidad. Restricción afectiva.	Independientes
Trastorno esquizoide	Dificultad para las relaciones sociales. Ausencia de sentimientos cálidos. Indiferencia a la valoración y a los sentimientos ajenos.	Introvertidos Mal asociados
Trastorno esquizotípico	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de esquizofrenia.	Inestables emocionalmente

Fuente: (Valdés, 1991; citado por Echeburúa, 1996).

4.2.2 Sujetos emocionales e inmaduros (Grupo B)

Los trastornos de la personalidad que en la clasificación americana DSM-IV-TR (APA) se describen en el grupo B son los denominados dramáticos, emotivos o inestables, e incluyen los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite de la personalidad. Los cuatro se entremezclan en la práctica clínica de manera que con frecuencia algunas personas comparten un doble y hasta un triple diagnóstico. Las fronteras fenomenológicas en el grupo B no están del todo claras. (Roca, 2010).

- *Trastorno histriónico de la personalidad*

El cambio de denominación de *histeria* por *trastorno histriónico* es reciente y obedece a tres razones: suprimir un término que se ha convertido en un insulto, evitar la ligazón de este cuadro clínico con connotaciones sexuales (muy presente en la conceptualización histórica de la histeria) y señalar el carácter nuclear de la teatralidad y de la aparatosidad en este trastorno (Valdes, 1991; citado por Echeburúa, 1996).

Se trata de personas activas, intolerantes al aburrimiento, extrovertidas, muy expresivas emocionalmente, intuitivas y empáticas afectivamente, pero necesitadas insaciablemente de afecto, atención y protagonismo. Esta hipersensibilidad –no exenta de suspicacia- viene acompañada de reacciones exageradas, de una fragilidad emocional y de unas relaciones interpersonales excesivamente inestables fluctuantes, en las que no son ajenos los intentos de seducción y manipulación. Lo más característico de las personalidades histriónicas –surgidas a veces en un marco de sobreprotección- es la hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeñeces grandes desastres, así como la propensión a la fantasía. De ahí proceden los errores perceptivos, la sobrerreactividad emocional, la variabilidad en los estados de humor y la facilidad con que se pueden sentir humilladas (Echeburúa, 1996).

- *Trastorno narcisista de la personalidad*

Las personas aquejadas de este trastorno son egocéntricas y despreciativas respecto a las demás, con un sentido exagerado de la propia importancia (a veces fomentado por un exceso de valoración por parte de los padres). Las relaciones interpersonales suelen ser, en consecuencia, arrogantes, distantes e interesadas, frecuentemente caracterizadas por el exhibicionismo y la búsqueda exagerada de admiración y atención. Todo ello lleva a una falta de empatía, a una ausencia de generosidad y a un intento de explotación de los demás al servicio de los propios intereses. El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por la recurrencia de fantasías de grandeza y de éxito, por la envidia y minusvaloración de los logros de los demás y por una deformación de los hechos reales para acomodarlos a este tipo de fantasías, así como por falta de reconocimiento de los propios errores o limitaciones. Asimismo es frecuente en estos sujetos la expectativa de contar con los favores y atenciones de las demás personas, como si el estatus de ellos fuera superior al de los demás (Avia, 1989; citado por Echeburúa, 1996).

Roca (2010) señala que las continuas frustraciones que viven las personas narcisistas surgidas de un medio que no se ajusta a sus expectativas les sitúan en una situación de estrés sostenido. Esta hiperactivación probablemente se percibe como procedente de un medio hostil crónica y mantenida a lo largo del tiempo contribuye a que en ningún momento se puedan relajar los mecanismos que regulan la suspicacia y la desconfianza, lo cual, con el paso del tiempo, genera un patrón de relación interpersonal muy próximo al de las personas paranoides (Roca, 2010).

- *Trastorno antisocial de la personalidad*

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza, de acuerdo con la clasificación DSM-IV-TR, por un patrón de conducta de inicio en la adolescencia en el que predominan el desprecio y la violación de los derechos ajenos (Roca, 2010).

Las personalidades antisociales –más frecuentes en hombres- son extravertidas e inestables emocionalmente y se caracterizan por la hostilidad, la rebeldía social y la ausencia de conductas emocionales de miedo ante el castigo y las situaciones arriesgadas, así como por los comportamientos impulsivos, la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para la demora de reforzamiento. El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por la pobreza de planificación y juicio por la tendencia a proyectar culpas en los otros sin asumir los propios errores, así como por una falta de conciencia ante los valores y normas morales. En suma, estos déficits en el equipamiento cognitivo y afectivo son una característica de la impulsividad presente en el trastorno antisocial de la personalidad. Desde la perspectiva de las relaciones sociales, son personas irresponsables, agresivas y que tienden a violar con frecuencia los derechos ajenos sin sentirse culpables por ello. El consumo de alcohol y de drogas tiende a agravar este tipo de comportamientos. La inadaptación a la realidad social y la tendencia a la criminalidad son muy marcadas. Son frecuentes la inestabilidad laboral, las dificultades de resolución de los problemas cotidianos ordinarios (económicos, de vivienda, etc.) y la incapacidad de funcionar como pareja y padre responsable. En realidad, estos problemas tienen antecedentes en la infancia en forma de fugas de hogar, absentismo escolar, robos, mentiras, peleas, etc. (Echeburúa, 1987,1996).

- *Trastorno límite de la personalidad*

La característica clínica más sobresaliente del trastorno límite de la personalidad es la heterogeneidad fenomenológica, rasgo destacado por la mayor parte de los autores que han abordado este cuadro. La clasificación DSM-IV-TR agrupa los síntomas propios del trastorno límite recogiendo su inestabilidad en tres esferas y asociando todo ello a una gran impulsividad: inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad. La impulsividad se manifiesta a través de conductas poco planificadas y generalmente desadaptativas, intentos de suicidio, consumo de drogas, acercamientos inadecuados en la forma e intensidad a otras personas, accesos de ira escasamente controlados, etc. Los individuos con un trastorno límite de la personalidad suelen utilizar las conductas autodestructivas para conseguir sus objetivos y en general no desean la muerte. Utilizan la autolesión para desencadenar una reacción en los demás y crear así un estado emocional más adecuado en ellos mismos. Aunque en general no desean morir, pueden llegar a ser muy convincentes acerca de la intencionalidad suicida y por lo tanto tener conductas de gran riesgo y potencialmente peligrosas. De ahí la dificultad que tienen los clínicos para discriminar las amenazas de la realidad (Roca, 2010).

El CIE -10 divide el denominado trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en dos subtipos:

- a) Tipo limítrofe: Es el tipo que más se ajusta al perfil de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afectivas y en la autoimagen; el paciente manifiesta sentimientos crónicos de vacío y una baja tolerancia al abandono.
- b) Tipo impulsivo: En este subtipo predomina la impulsividad.

Roca (2010) afirma que el medio tiene una función básica en el mantenimiento y perpetuación de los rasgos de personalidad límite. Estos individuos tienden a buscar entornos y relaciones interpersonales que, lejos de

contribuir a mitigar sus rasgos más disfuncionales, los refuerzan. Sus vidas afectivas y de relación son un caos continuo que retroalimenta más aún la propia inestabilidad emocional, la impulsividad y las distorsiones cognoscitivas. Las personalidades límite contribuyen activamente a crear este ambiente tan negativo en una búsqueda no consciente de la perturbación de los síntomas.

A continuación un breve resumen de las principales características de los trastornos del Grupo B:

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno histriónico	Conducta reactiva, expresada intensamente y con teatralidad. Egocentrismo y manipulación de los demás.	Dependientes
Trastorno narcisista	Sentimiento de grandiosidad. Fantasías de éxito. Necesidad exhibicionista de admiración. Explotación de los demás.	Extravertidos Mal socializados
Trastorno antisocial	Conducta antisocial continua y crónica. Agresividad. Inicio antes de los 15 años y persistencia en la vida adulta.	Inestables emocionalmente
Trastorno límite	Inestabilidad en el estado de ánimo, en la identidad, en la autoimagen y en la conducta interpersonal.	

Fuente: (Valdés, 1991; citado por Echeburúa, 1996).

4.2.3 Sujetos temerosos (Grupo C)

Estas personas se denominan por la clasificación DSM-IV-TR como ansiosos-temerosos. Agrupa a los trastornos de personalidad por evitación, por

dependencia y obsesivo-compulsivo (Roca, 2010). En este tercer grupo se incluyen los sujetos caracterizados por un miedo patológico, que se puede manifestar, en función del tipo de trastorno, de diferentes formas. Son personas muy sensibles, muy reactivas emocionalmente y poco tolerantes al castigo, sin beneficiarse de las experiencias de aprendizaje y con unas estrategias de afrontamiento defectuosas –basadas frecuentemente en la evitación- ante las dificultades de la vida cotidiana. El equilibrio emocional y el funcionamiento autónomo en estas personas parecen, por ello, seriamente comprometidos (Echeburúa, 1996).

- *Trastorno de la personalidad por evitación:*

El trastorno de la personalidad por evitación es definido en el DSM-IV-TR como un patrón general de conducta que incluye inhibición social, sentimientos de incapacidad e insuficiencia y una hipersensibilidad ante la evaluación negativa externa (Roca, 2010). Es decir, este grupo se trata de las personas tímidas e introvertidas que evitan las conductas interpersonales y que, sin embargo, manifiestan un gran deseo de afecto y de aceptación. Se produce una oscilación entre el deseo y el miedo de relacionarse con otros. Este trastorno viene acompañado de un nivel alto de ansiedad y de cambios de estado de ánimo frecuentes, así como de la utilización de evitación como estrategias de afrontamiento, al menos en las relaciones sociales. La evitación continuada de la relación social impide la adquisición de recursos adecuados para la implicación en las conductas interpersonales. Por ello, la inhabilidad social y la ansiedad interpersonal contribuyen a estabilizar la situación de aislamiento. No son infrecuentes la depresión y la ansiedad generalizada, así como la fobia social, que pueden ser resultado de las limitaciones adquiridas por estas personas en la vida cotidiana, como la soltería y la falta de relaciones, la dependencia de la familia y el temor a asumir responsabilidades o a tomar decisiones que supongan de alguna manera una ruptura con la rutina del quehacer diario (Echeburúa, 1993, 1996).

La consecuencia final es que estos individuos evitan activamente, por temor al rechazo, aquellos trabajos o actividades que impliquen contacto social, al tiempo que adoptan una actitud de hipervigilancia, intentando buscar señales del medio que apunten hacia una evaluación negativa (Roca, 2010).

- *Trastorno de la personalidad por dependencia:*

El trastorno de la personalidad por dependencia se caracteriza por la necesidad excesiva de que otras personas tomen responsabilidad sobre uno mismo, para lo cual el individuo adopta un comportamiento de sumisión y adhesión inquebrantable y manifiesta unos temores de separación desproporcionados (Roca, 2010).

Las personas dependientes temen decidir por si mismos y esperan que otros lo hagan por ellos. Aceptan que otras personas asuman la responsabilidad sobre su propia vida y no se atreven a mostrar su desacuerdo por temor a perder el apoyo. Establecen relaciones de sumisión y son capaces de realizar tareas desagradables a cambio de conseguir la protección de quienes les rodean. Presentan una ansiedad de separación extrema, temen con horror quedarse solos y cuando una relación fracasa, hacen esfuerzos denodados por conseguir rápidamente otra persona que restaure las funciones de protección y amparo (Roca, 2010).

- *Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad:*

Las personas afectadas por un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracterizan de acuerdo con el DSM-IV-TR por su tendencia al orden y al control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficacia. Existe una preocupación desmedida por la organización, es decir, por la perfección de los procesos y las formas a expensas de los contenidos. Dedicán buena parte de su tiempo a tareas muy estructuradas,

como el trabajo, y desperdicia aquellas otras que tienen que ver con el ocio y las relaciones interpersonales. Además, muestran una extremada rigidez cognoscitiva que se traduce en una inflexibilidad de criterio que los demás perciben en forma de terquedad. La necesidad de perfección se aplica también al campo moral, dentro del cual se muestran rígidos y observacionistas. Son individuos incapaces de delegar responsabilidades por la convicción de que nadie podrá realizar las tareas como ellos. Presentan una incapacidad para discriminar lo fundamental de lo accesorio (Roca, 2010). Por ello, las situaciones no estructuradas, como vacaciones, fiestas, etc., pueden ser motivo de tensión. Asimismo en estas personas hay una tendencia a la depresión, reflejo probablemente del bajo nivel de autoestima (Echeburúa, 1996).

- *Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad:*

Son personas emocionalmente inmaduras que se caracterizan por el negativismo y la resistencia pasiva frente a las demandas externas para actuar en contextos laborales y sociales. Son, por tanto, personas contrariadas e ineficaces intencionadamente, que ponen pretextos a todo y cuyas conductas se caracterizan por “olvidos”, aplazamiento de tareas, etc. Desde esta perspectiva negativista, intentan desbaratar el goce y las aspiraciones de los demás (Avia, 1989; Vázquez et al., 1990; citados en Echeburúa, 1996). El rechazo a las conductas de los demás no adopta la forma de una confrontación abierta por temor a la autoridad. Más bien se trata de un rechazo a través de agresiones encubiertas y de una actitud general de obstruccionismo (Valdés, 1991; citado en Echeburúa, 1996).

Desde otra perspectiva, se trata de personas irritables, pesimistas, rencorosas, que tienen una mala autoimagen y que muestran grandes oscilaciones de humor (Echeburúa, 1996).

A continuación un breve resumen de las principales características de los trastornos del Grupo C:

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno por evitación	Hipersensibilidad al rechazo y a la humillación. Retraimiento social no deseado. Baja autoestima.	Dependientes
Trastorno por dependencia	Dejación a los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de autoconfianza.	Introvertidos Mal socializados
Trastorno obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo. Rigidez. Indecisión. Excesiva dedicación al trabajo. Dificultad para expresar emociones.	Inestables emocionalmente
Trastorno pasivo-agresivo	Resistencia laboral o social expresada de forma indirecta (tozudez, demoras, olvidos, etc.).	

Fuente: (Valdés, 1991; citado por Echeburúa, 1996).

4.3 Evaluación de la personalidad de acuerdo a los perfiles de personalidad que muestra el MMPI

El perfil de personalidad se entiende por un conjunto de síntomas y signos de la personalidad el cual permite determinar ciertos rasgos de personalidad en los individuos (Osio, 2006).

A continuación se retoman los perfiles de personalidad manejados en el MMPI, basados en la investigación de Rafael Núñez (1979):

Escala 1 (Hs)

Las características del grupo psiquiátrico con alta puntuación en esta escala son: cansancio, tendencia a la inactividad, letárgico, sentirse enfermo,

insatisfecho, derrotista acerca del tratamiento, egoístas, narcisistas, pesimistas. Las implicaciones diagnósticas de una puntuación elevada en esta escala incluyen (1) hipocondriasis y neurastenia, (2) reacciones depresivas, rasgos de angustia, melancolía involutiva, depresivos agitados, (3) histeria, tanto histeria de ansiedad como histeria de conversión. Los pacientes con puntuación alta en la escala 1 (Hs) expresan en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática, manifestando persistentemente y a menudo en forma extrema sus preocupaciones relacionadas con su salud física. Son pacientes generalmente egocéntricos que se quejan mucho de sus síntomas, no aceptan fácilmente el hecho de que su sintomatología que presentan tenga un origen psicológico, ni tampoco se dan cuenta de que en realidad requieren psicoterapia para resolver el interés extremo que muestran sobre su salud.

El cuadro hipocondríaco es a veces prominente en la esquizofrenia, y se ha encontrado que una puntuación alta en esta escala resulta del exceso de preocupación somática que se convierte en ideas persistentes que se presentan antes de cualquier manifestación psicótica. No obstante, se ha visto que cuando la escala 1 es la predominante en el perfil, el cuadro observado no es el de psicosis. En todos los casos debe recordarse que cuando la escala 1 es alta, se debe considerar su relación con otras escalas clínicas ya que los síntomas hipocondríacos ocurren en muchos cuadros clínicos.

Escala 2 (D)

La escala 2 (D) es caracterizada a menudo como la escala del “estado de ánimo” ya que es posible por medio de ella encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. La escala fue diseñada como una medida del “grado de depresión”, cuadro psicológico que expresa baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza. La escala varía de acuerdo con la forma en que fluctúen esos estados de ánimo. Dado que la depresión es uno de los principales cuadros característicos de todo paciente psiquiátrico, no es sorprendente encontrar que la escala 2 sea la que con mayor frecuencia se encuentra elevada en el perfil del

MMPI y que repetidamente sea el punto más alto del perfil dentro de la población de pacientes con padecimiento psiquiátrico.

El grupo normal que ofrece una puntuación alta en esta escala está integrado por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, tienen tendencias a preocuparse demasiado, emotivas, de temperamento nervioso, generosos y sentimentales.

Otra característica del grupo de sujetos normales con escala 2 elevada incluye apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión, timidez. Son además muy controlados, indecisos, responsables, pero desconfiados en sus propias capacidades, pesimistas. Tienen la tendencia a evitar involucrarse en sus relaciones interpersonales y por ello mantienen relaciones a distancia y sin afecto.

Evitan a cualquier precio el afrontar situaciones desagradables. Los pacientes psiquiátricos con puntuación elevada en la escala 2 son individuos que muestran un estado de malestar por su fracaso en lograr satisfacciones y adecuada adaptación. Hathaway y Meehl (1951); citados en Nuñez (1979) señalaron que todo paciente con padecimiento mental y que se da cuenta de su enfermedad, muestra un cuadro de depresión. Los pacientes con puntuación alta muestran un cuadro depresivo. Guthrie (1952); citado en Nuñez (1979) encuentra que los pacientes que ofrecen puntuación elevada en esta escala, generalmente tienen un pronóstico pobre, ya que no responden al tratamiento. Este tipo de pacientes a que se refiere Guthrie son pacientes en los que se observa una combinación de depresión y síntomas somáticos. La puntuación baja en la escala 2 se encuentra raramente en pacientes psiquiátricos. Probablemente lo que esta puntuación baja refleja es falta, ausencia de depresión y tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismo, actividad, energía, estabilidad, buen sentido del humor, inquietud, impulsividad, comunicación y espontaneidad. Las mujeres con puntuación baja en esta escala que fueron estudiadas por Hathaway y Meehl

(1951; citados en Nuñez, 1979) son adaptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociales.

Marks y Seeeman (1963; citados en Nuñez, 1979) señalan que los pacientes con una alta puntuación en la escala 2 reconocen fácilmente su propia autodevaluación, su bajo estado de ánimo y su gran preocupación por situaciones pequeñas o aparentemente sin importancia.

El interés en el suicidio aumenta con la elevación de esta escala, especialmente cuando la 4, 7 y 8 son también altas. Estas escalas se asocian con conducta suicida. La escala 2 a veces es utilizada como índice de pronóstico. La elevación moderada sugiere conciencia de problemas personales y motivación para cambiar ese estado de situaciones. La elevación baja sugiere que dichos problemas solamente han sido reconocidos por otros y no tienen importancia, ni significado personal. Esto último implica que existen implicaciones caracterológicas o una distorsión de la realidad. Una elevación extremadamente alta puede reflejar una severa ausencia de energía psíquica o un aislamiento de tal naturaleza que la psicoterapia tradicional se vuelve inadecuada, y se requiere otro tipo de tratamiento (psicofármacos, por ejemplo) antes de poder hablar con el paciente.

Escala 3 (Hi)

La escala 3 (Hi), como la 2 está integrada por 60 frases y, como se mencionó anteriormente, se integró con objeto de identificar a pacientes que padecían de histeria de conversión.

Sin embargo, entre sujetos normales con escala 3 alta se encuentran características de la personalidad tales como idealista, ingenuo, social, perseverante, comunicativo, afectuosos, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, entusiasta, accesible y colaborador en actividades laborales.

En las mujeres es más frecuente que en los hombres, ya que esta escala elevada casi no se observa entre los hombres normales, pero sí entre las mujeres

normales. La mujer con esta escala alta es generalmente irritable, con molestias de las que se queja con frecuencia, dependiente, lisonjera, devota, amistosa y leal.

Los pacientes psiquiátricos con puntuación alta en esta escala sufre con frecuencia de taquicardia, cefaleas, y en sus relaciones familiares los casados tienen problemas matrimoniales y los solteros problemas con los otros miembros de la familia. Estos pacientes generalmente no ofrecen cuadros de perturbaciones psicóticas ni de manifestaciones sintomáticas. También se encuentran en pacientes psiquiátricos, que cuando el tipo superior del perfil es la escala 3, la sintomatología incluye padecimientos del sistema circulatorio, el sistema gastrointestinal o en general un sentimiento de molestia física que con frecuencia les hace buscar ayuda médica.

Cuando la puntuación de la escala 3 es baja las personas son generalmente estables, con intereses estéticos, convencionales, controladas, pacíficas y restringidas, no participan en situaciones sociales, no les interesa la vida agitada.

Se puede decir que existen dos componentes de la escala 3. Uno consiste en molestias somáticas y cercanamente asociado a la escala 1. El otro componente parece expresar que el sujeto es capaz de controlar su neurosis manteniendo un cuadro adecuado, ya que los pacientes señalan que no se deprimen, que nada les pasa y que todo marcha bien.

Cuando el paciente se siente mal y muestra un cuadro histérico, aparecen las escalas 1 y 2 también altas (es a la tríada neurótica) y este es el rasgo clínico más notable de todo el perfil. Las tres escalas son casi igualmente elevadas o la escala 2 más baja que la 1 y la 3, formando entonces entre ellas una V, conocida generalmente en la literatura del MMPI como la "V de conversión".

La escala 3, al presentarse elevada entre los adolescentes, implica neurosis de tipo histérico. Hathaway y Monachesi (1963); citados en Nuñez, 1979 señalan que los rasgos psicológicos de la escala 3 al ser aplicados a sujetos a

adolescentes se refieren al cuadro clínico histérico que es aún hoy el principal cuadro neurótico entre la gente joven. La escala alta implica inmadurez.

Escala 4 (Dp)

Los sujetos normales que ofrecen puntuación elevada en esta escala, integrada por 50 frases, tienen como características principales el ser rebeldes, no hacen caso de reglas establecidas en su grupo social, son agresivos con las damas, egoístas; son por otra parte sujetos entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado y son muy sensibles.

El adolescente con escala 4 alta es también rebelde, tiene problemas escolares y generalmente abandona los estudios, tiene dificultades de adaptación sociales y finalmente llega a la delincuencia. El cuadro de delincuencia señala indudablemente la falta de conformidad con el medio ambiente social y falta de control de sí mismo. La frecuencia de esta escala entre adolescentes y adultos a los veinte años es primariamente característica de su rebeldía, duda de las normas éticas establecidas, dificultad al relacionarse con las figuras autoritarias, ya que implica intentos de lograr independencia social y económica de la familia.

La puntuación baja de la escala 4 está representada por personas que, de acuerdo con la descripción de Hathaway y Meehl, son convencionales y de pocos intereses. Son más bien sumisas, complacientes, aceptan la autoridad y en este sentido hacen todas las cosas que se les prescriben. Son así mismo personas de buen temperamento, persistentes, y tienen metas adecuadas. Son personas agradables, sinceras y confiables.

Entre pacientes psiquiátricos con puntuación elevada en esta escala se ha encontrado el clásico cuadro de personalidad psicopática, reacción antisocial, perversión sexual o alcoholismo.

Dinámicamente se puede hablar de este grupo de pacientes psiquiátricos como personas con relaciones interpersonales insatisfactorias, que se enojan con facilidad, con frecuencia impulsivamente y aunque en pruebas de inteligencia

pueden ofrecer un nivel intelectual clasificable como inteligencia brillante o superior, se observa que no se benefician de las experiencias de la vida como lo hacen personas con nivel intelectual similar. Existe marcada ausencia de respuestas emocionales profundas, incapacidad para formar o establecer relaciones interpersonales con psicoterapeutas que puedan favorecer el proceso psicoterapéutico.

Generalmente, el paciente con escala 4 como pico del perfil puede comportarse como persona normal durante varios años entre una crisis y otra. Padece de breves períodos de excitación psicopática o depresión posterior al surgimiento de una serie de actos antisociales. Este grupo difiere de algunos tipos de criminales ya que estas personas realizan sus actos antisociales con poca comprensión o sin ninguna idea de las posibles ganancias que los actos en sí tenga para ellos, sin intentar el evitar ser descubiertos.

Escala 5 (Mf)

La escala 5 está integrada por sesenta frases que tienen el objeto principal de obtener respuestas relacionadas con intereses que puedan definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres, es decir, pertinentes a características propias de un sexo o del otro. Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Esto no implica que el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales. Lo que se encuentra entre sujetos normales es característica de pasividad y dependencia; entre los hombres, sensibilidad, idealismo, sociabilidad, con intereses estéticos, filosóficos, socialmente perceptivos y capaces de darse cuenta y reaccionar entre las sutilezas involucradas en las relaciones interpersonales, ofreciendo inferencias prácticas y valiosas. Todos estos atributos relacionados con la forma en que el individuo responde en su interacción personal muestra entre los sujetos de esta escala alta 5, juicio, sentido común y buen razonamiento. Son además personas con fluidez de expresión, con facilidad de palabra que les permite comunicar

claramente sus ideas y son de tal forma efectivos y convincentes que logran que otras personas lleguen a estar de acuerdo con el punto de vista que exponen. Los sujetos normales masculinos son también personas eruditas, inteligentes, caballerosas, maduras y con gran variedad de intereses.

Las mujeres que ofrecen puntuación alta en esta escala no tienen los rasgos psicológicos correspondientes a los hombres, sino que son más bien amantes del peligro, tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, se relacionan con gran facilidad con la gente, dan apariencia de tranquilidad y estabilidad. Tienen un sistema de valores que les conduce a favorecer carreras propias de hombres y la característica principal está en función a la agresividad que manifiestan.

El hombre con escala 5 alta, tiene características relacionadas con la interpretación o apreciación positiva de las artes, la música, la literatura, y como ideales de la educación la conducta pacífica, sin violencia, estabilidad cultural, armonía entre los hombres y las sociedades del mundo. La mujer no ofrece necesariamente estas características que se encuentran en los hombres que llegan a tener una puntuación elevada en la escala 5.

La puntuación baja en esta escala ofrece un grupo de sujetos masculinos dados a la acción, atrevidos, vulgares, obscenos, rudos, repulsivos, poco caballerosos, toscos. La mujer por otra parte es sensible e idealista, modesta y con buen sentido común.

Es decir, entre el grupo normal la escala 5 señala una marcada diferencia entre hombres y mujeres.

El adolescente con puntuación elevada en la escala 5 es inteligente, se comporta bien, caballeroso, un tanto afeminado o considerado así por sus compañeros ya que prefiere las artes, la música, la literatura y es estudioso, lo que le hace popular entre sus maestros y obtiene buenas calificaciones en la escuela. El adolescente que ofrece puntuación baja en esta escala es agresivo, vociferante,

desafiante, poco interesado por los estudios, desaplicado, generalmente recibe calificaciones de mala conducta de parte de los maestros.

La muchacha adolescente con puntuación alta en esta escala no es buena estudiante. Las adolescentes de áreas campesinas son hombrunas pero las de áreas urbanas no. Las adolescentes con puntuación baja en esta escala son más bien como el adolescente con puntuación alta, es decir, de acuerdo con Hathaway y Monachesi (1963); citados en Nuñez, (1979), la adolescente con puntuación baja es inteligente y obtiene buenas calificaciones en comparación con la adolescente que ofrece puntuación alta en la escala 5.

Escala 6 (PA)

Esta escala está integrada por 40 frases originalmente diseñadas con fines de encontrar pensamiento o ideas paranoides. Como se mencionó anteriormente, el criterio utilizado originalmente para clasificar este grupo, fue usar diferentes categorías de pacientes paranoides, y esquizofrenia paranoide, condiciones paranoides, y esquizofrenia paranoide ya que todas estas calificaciones tienen en común los síntomas clásicos psiquiátricos tales como ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas.

Generalmente pueden encontrarse los rasgos paranoides antes mencionados en personas que dan la impresión de encontrarse bien orientados en tiempo y espacio; y las ideas de referencia integradas con la estructura de su manera de pensar, pero pueden mostrar malas interpretaciones de las situaciones en tal forma que la percepción pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades e inteligencia. Estas características paranoides aparecen en esquizofrénicos o en reacciones depresivas y pueden ser temporales, reversibles o progresivas.

Los sujetos normales con escala 6 alta son perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en su postura, emotivos, sensibles en sus

relaciones interpersonales, y dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar o decir de ellos. Son personas amables, afectuosas, generosas. Los hombres son especialmente bondadosos, sentimentales, con amplitud de intereses. Puede observarse que una persona con puntuación alta dentro de lo normal en la escala 6, contrasta con las características del grupo patológico del que se deriva esta escala.

Las mujeres con puntuación alta dentro del grupo normal también son emotivas, bondadosas, sensitivas en sus relaciones interpersonales, francas y tensas.

Cuando la puntuación de la escala 6 es la más alta entre todas las escalas clínicas, el perfil es realizado raramente entre sujetos normales y aun en grupos de enfermos, pero cuando se presentan, significan o se correlacionan con características personales tales como astucia, severidad y abuso; además son infantiles cuando las escalas 1, 8 y 9 son también altas, pero si las escalas que acompañan en elevación son la 3 o la 7, la característica de personalidad es madurez y no infantilidad.

Cuando la escala 6 es baja se encuentra que los sujetos son equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida, razonables, confiables, íntegros.

Algunos adolescentes con problemas de conducta ofrecen como los adultos sensibilidad indebida en las relaciones interpersonales mostrándose presionados por todo lo que les rodea, por el trabajo, por las obligaciones sociales o por las críticas ingenuas que se les hacen. Cuando la escala 6 es moderada en su elevación, es decir, la puntuación T es de 65 o menos, no se indica sentimientos de persecución o delirios de grandeza, pero si la escala es de un perfil con escalas de validez aceptables y la escala 6 es de 80 T o más puntos, se puede pensar en pacientes con perturbaciones mentales.

Cuando la escala 6 tiene la elevación moderada, la sensibilidad es una fuente frecuente de reacciones depresivas. En estos casos no es tan clara la función de la escala 6 como índice de sentimientos de persecución. Por otra parte, Brantner (1961); citado en Nuñez (1979), señala que si la escala 6 es menor de una puntuación T de 45, pero las personas son conocidas por sus problemas de conducta, la puntuación es índice de procesos paranoides de la misma forma que en puntuaciones elevadas.

La puntuación natural de 7-10 según Swenson (1958); citado en Nuñez (1979), implica que el sujeto respeta las opiniones de los demás sin sentirse inapropiado, es decir, sus sensibilidad no es indebida. Una puntuación entre 11 y 14 se encuentra en personas en tanto sensibles, alertas a la opinión de otros. En tanto que una puntuación entre 15 y 19 se encuentra en sujetos que se enojan fácilmente y responden de manera exagerada a las opiniones que otros ofrecen, pero además tienen la inclinación de culpar a la gente de sus propias dificultades; finalmente la puntuación de 20 o más, caracteriza a sujetos resentidos y suspicaces de las demás personas a tal grado que tienen bien establecida una serie de ideas falsas.

El propósito especial de esta escala es el de evaluar el cuadro clínico de la conducta paranoide, ideas de referencia, sentimientos de persecución, sentimientos de grandeza, sentimientos influyentes, conducta de desconfianza persistente, rigidez y sensibilidad interpersonal.

Escala 7 (Pt)

Esta escala está integrada por 48 frases elaboradas con el propósito de encontrar características de la personalidad clasificada como psicastenia, término introducido por Janet y que actualmente se encuentra en desuso; las características de ella incluyen reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas. Las personas dentro de esta categoría están caracterizadas por excesivas dudas, dificultad en lograr decisiones, gran variedad de temores, excesiva preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, perfeccionistas en sus exigencias tanto

de sí mismos como de otras personas. La tendencia a la conducta obsesivo-compulsiva se manifiesta por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismo y con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso. Lo caracterizan sentimientos de culpa constantes. Cada paciente está caracterizado por diferentes temores de tipo específico, preocupaciones diversas y actos compulsivos variados, lo cual presenta innumerables tipos diferentes de obsesivo-compulsivos, pero esto no impide que se les clasifique dentro de un solo grupo caracterizado por un patrón común de homogeneidad. Sólo en casos extremos el obsesivo-compulsivo busca la ayuda psicológica en los hospitales, sin embargo, se le encuentra constantemente en la consulta privada.

No todas las fobias aparecen en las frases que integran la escala, precisamente por lo que ya se señaló anteriormente, es decir, porque los temores, preocupaciones, etc., varían de una persona a otra, y por lo tanto las frases no son suficientes para poder superar la estructura de personalidad de todo este grupo. La mayoría de los autores señalan que la personalidad latente del paciente es la que se refleja en el contenido de las frases de la escala.

Muchas personas muestran fobia o conducta compulsiva sin encontrarse grandemente incapacitadas por la perturbación. Fobias tales como botofobia (miedo a los sótanos), ginofobia (miedo a la mujer), nictofobia (miedo a la oscuridad), pecatifobia (miedo a pecar), fotofobia (miedo al miedo), o compulsiones tales como contar objetos, o regresar constantemente para verificar si la puerta está cerrada, pocas veces conducen al individuo a buscar ayuda psicoterapéutica o sentirse incapacitado. Frecuentemente la tendencia del obsesivo-compulsivo se muestra simplemente en una depresión leve, en preocupación intensa, falta de confianza en sí mismo o en incapacidad para concentrarse. Por otra parte, los pacientes obsesivo-compulsivos son a menudo esquizoides, y sus obsesiones y compulsiones son tan irracionales como algunas de las ideas raras de la persona completamente esquizofrénica.

Pocas personas con puntuación 7 alta se encuentran severamente enfermas para requerir hospitalización. Generalmente estas personas pasan por épocas muy difíciles sufriendo sus síntomas y rara vez se ven en la situación de no poder continuar con sus ocupaciones cotidianas. El cuadro más incapacitante de las variedades de la escala 7 alta está caracterizado por una actitud que pudiera llamarse “introspectivamente compulsiva”, en la que el paciente se siente incapaz de enfrentarse por sí solo a los problemas que le perturban y por lo tanto se ven en la necesidad de solicitar ayuda. Un aspecto importante e interesante del cuadro obsesivo-compulsivo es que aunque la persona tiene la tendencia de ser exacta y rígida en ciertos aspectos de su conducta puede ser contrastantemente opuesta en otras, es decir, existe inconsistencia en la manera de comportarse. Un paciente inmensamente compulsivo en la presentación nítida de su persona puede mantener su cuarto sucio, con la ropa sucia tirada en todo el cuarto y todo en desorden. Otra persona puede ser excesivamente rígida y exigente con la conducta de otros y de ella misma en ciertas áreas, pero por contraste puede ser excesivamente ilógica y descuidada en otros aspectos de su vida.

El sujeto normal con puntuación elevada en esta escala es sentimental, dependiente, deseoso de agradar, con sentimientos de inferioridad, indeciso, compulsivo, tranquilo y de buen temperamento aunque individualista e insatisfecho.

La mujer con puntuación alta en esta escala es sensitiva, emotiva, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

Cuando la escala es el punto más elevado en el perfil, los sujetos son opacados, individualistas y agresivos.

Los pacientes con una puntuación elevada y a la vez más alta en esta escala que en ninguna de las otras, son hostiles con el terapeuta, negativos hacia el procedimiento psicoterapéutico, preocupados por valores religiosos y morales, y muchos tienen problemas de impulsividad homosexual. Además son rígidos, ansiosos, temerosos y depresivos.

Escala 8 (Es)

Es bien conocido por el estudiante de psicopatología que las esquizofrenias son el grupo más difícil para formular un sistema de evaluación de lo raro, extraño, poco usual y complejo de esta tan discutida enfermedad. La Escala MMPI debería incluir una gran variedad de frases, pero la esquizofrenia es demasiado compleja y heterogénea para que esto pueda lograrse.

Hathaway y McKinley (1951); citado en Nuñez (1979), le dedicaron más tiempo y mayor investigación a la estructuración de esta escala que a ninguna otra y, sin embargo, todavía es considerada como una de las más débiles y las razones son obvias, dado lo complejo de esta entidad. Aún con la introducción de la escala de corrección K, que materialmente mejoró la operación de la escala 8, la proporción de detección de la perturbación no mejoró más allá del 60%.

Muchos aspectos pueden mencionarse respecto a las características del esquizofrénico, pero los rasgos más importantes son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Como resultado de ello, muchos clínicos, se preguntan a sí mismos cómo llegaron a cierto tópico de la entrevista con el paciente, ya que la progresión hacia una meta de pensamiento del esquizofrénico es demasiado errática, desviada y frecuentemente interrumpida.

Además, el esquizofrénico no tiene interés en el medio ambiente y generalmente da la impresión de encerrarse a sí mismo y se mantiene o puede mantenerse fuera de todo contacto con el mundo.

La escala 8 del MMPI tiene 78 frases y es la más numerosa de todas las escalas clínicas. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, es una de las escalas más débiles. El contenido extraño de las frases es asociado clásicamente con la esquizofrenia, como lo es también el contenido que implica aislamiento emocional, las relaciones inadecuadas con los familiares, apatía e indiferencia.

Muchos sujetos pueden ofrecer una puntuación superior a T 70 sin ser esquizofrénicos, buen número de neuróticos excitados superan esta puntuación, como también sujetos con personalidad esquizoide que dan la impresión de ser extraños, raros, individualistas, poco convencionales con sus amistades pero que son aún capaces de mantener una adaptación social adecuada y una favorable actitud hacia el trabajo que realizan.

En relación a las personas no son diagnosticadas como esquizofrénicas, pero que ofrecen una alta puntuación en esta escala, es conveniente señalar algunas observaciones importantes. Generalmente, estas personas están caracterizadas por patrones sintomáticos complicados. La esquizofrenia se diagnostica cuando sus síntomas se vuelven lo suficientemente intensos y dan como resultado la enfermedad francamente definida. Muchas personas esquizoides no se encuentran clínicamente enfermas porque sus síntomas no son tan severos para ocasionarles contrastes extremos con el medio ambiente. Estas personas, aunque generalmente son conocidas por sus amistades como raras, peculiares, aisladas y extrañas, son capaces de mantenerse por sí solas, trabajar y llevar vidas relativamente normales. El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo a apático, extraño, con poco talento social.

Los pacientes en psicoterapia con puntuación alta en esta escala son descritos por sus psicoterapeutas como personas que tienen una serie de dificultades; inclusive presentan conflictos internos severos: Se observa que la forma de comportarse señala irritabilidad, resentimiento, quisquilloso, que indudablemente sugieren la dificultad que tienen en manejar y expresar su agresión. Son personas impulsivas, hostiles, desordenadas, que se manifiestan con una conducta inmadura.

Cuando la puntuación de la escala 8 es la más elevada en el perfil se trata de sujetos muy jóvenes, reos o enfermos psiquiátricos, ya que este cuadro es muy

raro que se encuentre en personas normales. En sujetos normales se describen apatía, aislamiento y excentricidad.

Debe recordarse que la esquizofrenia se diagnostica cuando los síntomas se vuelven lo suficientemente intensos y dan como resultado la enfermedad francamente definida; es por ello que muchas personas esquizoides no se encuentran clínicamente enfermas pues sus síntomas no son tan severos para ocasionarles contrastes severos con el medio ambiente. Estas personas, aunque son conocidas como peculiares, raras, extrañas y aisladas, son por lo general capaces de mantenerse por sí solas por medio de su trabajo y pueden vivir sin causar problemas a nadie.

La puntuación baja en la escala 8 se observa en personas equilibradas, quienes buscan poder y reconocimiento por medio de la productividad. Sin embargo tienen la tendencia a la sumisión y al reconocimiento casi incondicional de figuras autoritarias. Son personas convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

Entre los adolescentes se encuentra una elevación moderada en esta escala y esto se puede asociar como una rebeldía a los patrones de conducta establecidos por el grupo adulto; puede ser además oposición del adolescente al convencionalismo y al conformismo social que le rodea.

Es conveniente recordar que la mayoría de los perfiles con escala 8 muy elevada muestran también puntuaciones altas en otras escalas y por ello es especialmente importante considerar siempre el perfil en su totalidad.

Escala 9 (Ma)

El objeto de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maniaco. Este cuadro se caracteriza por una actividad intensa, gran distracción, elación inestable, incansable, insomnio, hipertiroidismo, actitud de desconfianza y además megalomanía. El lenguaje es generalmente rápido reflejando pensamiento bajo

gran tensión; algunos clínicos piensan que este estado es una defensa en contra de la depresión.

El sujeto normal que ofrece una puntuación alta en esta escala es optimista, decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean.

Cuando la escala 9 es la puntuación más elevada en el perfil, los sujetos no muestran necesariamente un cuadro hipomaniaco.

Algunos investigadores han señalado que cuando la escala 9 es el punto más alto en el perfil, el paciente en psicoterapia muestra gran resistencia en forma de intelectualización, cambiando constantemente de tema en las sesiones, repitiendo constantemente el mismo problema en forma estereotipada; además, este tipo de pacientes mantiene una relación enormemente hostil con el psicoterapeuta.

Las personas con puntuación más baja en la escala 9 son personas modestas convencionales, aisladas y humildes. Si la puntuación es baja, no necesariamente la más baja en las escalas clínicas, como los sujetos del estudio de Hathaway y Meehl (1951; citados en Nuñez, 1979), son personas prácticas, confiables, adaptables y ordenadas. Es decir, la puntuación baja es un buen índice para predecir conducta adecuada, principalmente en perfiles de adolescentes Hathaway y Meehl (1963; citados en Nuñez, 1979).

Las características del hipomaniaco son transformadas por así decirlo en entusiasmo, hiperactividad y optimismo, que contrastaban con las del depresivo.

En la población psiquiátrica una puntuación baja en la escala 9, frecuentemente es concomitante con puntuación elevada en la escala 2, aunque no siempre sea éste el caso.

Existen personas aparentemente normales que se sienten y dan la impresión de estar perfectamente bien; son entusiastas, enérgicas y optimistas,

pero el grado en que utilizan sus energías es generalmente insuficiente porque intentan hacer muchas cosas a la vez. Generalmente estas personas se encuentran plétóricas de ideas, que pueden ser básicamente buenas pero no son adecuadamente elaboradas y las ponen en acciones que raramente llegan a conclusiones satisfactorias. Emocionalmente este paciente es demasiado feliz, pero se muestra impaciente y a veces expresa ideas de tristeza y frustración, su estado de ánimo cambia rápidamente, en pocos minutos o en pocas horas, de una fase a otra, a menudo sin que ningún estímulo del medio ambiente corresponda a este cambio. Se puede verificar durante largos periodos de observación que estos pacientes sufren de fases definidas más bien por depresión que por euforia. Entre las características de estos pacientes también se encuentra egocentricidad, falta de apreciación de la ineptitud de la conducta y cierto desprecio por las demás personas y por los convencionalismos sociales. En este último sentido pueden hasta llegar a tener dificultad con las autoridades.

El cuadro maniaco ha sido dividido en tres grados. Hipomanía, manía aguda y manía leve; el paciente puede ser ambulatorio, enérgico, deseoso de realizar muchas labores, monopolizar conversaciones, se siente dueño del mundo, pero no solamente es eufórico sino que puede comportarse impulsivamente; puede por ejemplo presentar un cuadro de sexualidad promiscua durante un episodio hipomaniaco y posteriormente, después de la remisión del episodio, considerar su conducta anterior con sentimientos de culpa y remordimiento. El hipomaniaco se puede diferenciar de la persona con sentido del humor genuino en el hecho de sentirse enormemente irritado ante la frustración más trivial.

En el cuadro de manía aguda el paciente se exalta, muestra lenguaje y pensamiento acelerado, elación, excitación motora, delirios de grandeza que expresa con ideas irreales de poder, riqueza, fuerza o inteligencia brillante. Es amistoso y genial, pero a medida que se excita se vuelve más sarcástico, irritable, vulgar, agresivo y aun violento. Ignora las consecuencias de su conducta, muestra episodios de llanto de acuerdo a la fluctuación emocional, no le importa su apariencia y habla incesantemente. El cuadro de manía delirante se caracteriza

por excitación furiosa, el paciente ríe y grita constantemente, su lenguaje es tan rápido que no se le comprende, rompe su ropa y desordena los muebles a veces volcándolos o arrojándolos de un lado a otro, presenta ideas de persecución y de grandeza. Su memoria y orientación permanecen intactas durante el ataque y puede vivenciar alucinaciones.

En los grupos normativos de Minnesota la escala 9 es la puntuación más alta entre los hombres, mujeres y adolescentes. En mujeres adolescentes la escala 4 es la más frecuente, seguida muy cercanamente por la escala 9.

Sutton (1952; citado en Nuñez, 1979) señala que las puntuaciones bajas en esta escala de perfiles psiquiátricos pueden ser interpretadas como si la escala 9, al ser baja, estuviese relacionada con falta de fuerzas motivacionales, y precisamente esto también está en relación con el hecho de que dicha escala, al ser baja, reduce el riesgo suicida entre grupos de pacientes severamente deprimidos, neuróticos, tensos y angustiados.

Escala 0 (Si)

Esta escala fue originada con sujetos normales y se buscó con ella la tendencia a la introversión o la extroversión social. Las puntuaciones elevadas apuntan a conducta o tendencia a la introversión y las puntuaciones bajas señalan tendencia a la extroversión. Es decir, las puntuaciones altas en esta escala se encuentran en personas apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas con falta de originalidad en la resolución de sus problemas, incapaces de hacer decisiones, lentas, rígidas, inflexibles en sus pensamientos y acciones, extremadamente controladas e inhibidas y con falta de confianza en sus propias habilidades. Las mujeres con puntuación elevada son bondadosas, afectuosas, sentimentales. No son personas que encuentran satisfacción y por lo tanto tampoco buscan contacto social, sino al contrario, son personas que se encuentran frustradas en sus relaciones interpersonales.

Las personas con puntuación elevada en la escala 0 carecen de presencia social. Comportamiento o prestancia social ya que se muestran inadecuados e incómodos cuando se encuentran en una situación social. Sin duda, debido a esta conducta, estas personas se muestran frías y distanciadas; sin embargo, se sienten bien cuando están aisladas, y en esta forma se les puede observar libres de pretensiones, conscientes y adecuadas en sus responsabilidades. Parece que dentro de su conducta introtensiva derivan satisfacciones personales de su trabajo y le dan un alto valor a la productividad, a sus logros y alcances.

En relación con la autoridad, las personas con puntuación elevada en la escala 0 se comportan sumisas, complacientes y excesivamente de acuerdo con ellas. Tratan de evitar cualquier situación molesta en lugar de enfrentarse a situaciones desagradables y, como resultado, mantienen una actitud excesivamente respetuosa, mostrando conducta socialmente apropiada; no tienen ningún problema con el mundo actual tal cual es; o se atreven a protestar porque su postura es apática, simple, aislada, sin ambiciones y convencional.

Las características en el grupo normal de puntuación baja en esta escala estudiado por Hathaway y Meehl (1951; citados en Nuñez, 1979) son versatilidad y sociabilidad en el sentido de mezclarse bien con la gente. La mujer es entusiasta, conservadora, segura de sí misma y atrevida. El hombre es colorido, expresivo, efervescente, exhibicionista. En relación con los demás son competitivos, tienen gran iniciativa, son activos, oportunistas y manipuladores. También se presentan engañosos, orales, pierden control de sus impulsos, son además agresivos y hostiles en sus relaciones interpersonales. Ponen énfasis en el éxito y el esfuerzo productivo como medios para lograr reconocimiento, condición social y poder. Son personas activas, ambiciosas e inmaduras. Se vuelven amenazadores, no toleran la frustración y fácilmente despiertan hostilidad y resentimiento en las personas con quienes se relacionan.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

1. Planteamiento del problema:

¿La ansiedad y autolesión son variables predictoras de perfiles basados en el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota), que conducen al desarrollo de trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad?

2. Objetivos

Objetivo general:

Conocer si la presencia de ansiedad y la autolesión son variables predictoras de perfiles basados en el MMPI, que conducen a trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad.

Objetivos específicos:

- Identificar la presencia de ansiedad en los adolescentes.
- Identificar la presencia de autolesión en los adolescentes que muestran ansiedad.
- Conocer los perfiles correspondientes al MMPI, que conducen a trastornos de la personalidad en adolescentes con ansiedad y autolesión.

3. Hipótesis

Hipótesis alterna (Ha):

- La presencia de ansiedad y autolesión predicen perfiles correspondientes al MMPI, que tienden a desarrollar trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad.

Hipótesis nula (Ho):

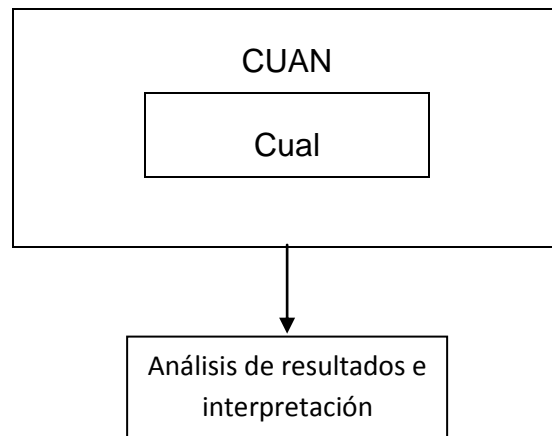
- La presencia de ansiedad y autolesión no predicen perfiles correspondientes al MMPI, que tienden a desarrollar trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad.

4. Método:

No experimental, mixto (Cuantitativo- Cualitativo).

5. Diseño de investigación:

Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC).



6. Población:

Preparatoria Oficial No. 29, Tepetlixpa, Edo. de México.

7. Muestra:

130 adolescentes entre 16 y 17 años de edad que cursan en la “Preparatoria Oficial No. 29”, turno matutino, Municipio de Tepetlixpa, Edo. de Méx., ciclo escolar 2012-2013.

8. Tipo de muestra:

-Estrategia de muestreo mixto concurrente:

Permite al investigador triangular los resultados obtenidos en las fases cuantitativa y cualitativa y con ello confirmar, validar o corroborar las conclusiones del estudio.

9. Variables

-Variable Independiente:

➤ *Ansiedad*

- *Definición Conceptual:*

Emoción caracterizada por sentimientos de anticipación de peligro, tensión y angustia y por tendencia a evitar o escaparse (Davidoff, 1989).

- *Definición Operacional:*

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI State-Trait-Anxiety Inventory).

-Variable Independiente:

➤ *Autolesión*

- *Definición Conceptual:*

Es un acto intencional y autoinfligido, que conlleva a un daño corporal de baja letalidad, de naturaleza socialmente inaceptable, y que se efectúa con la finalidad de reducir el dolor emocional (Walsh, 2006; citado en Meza, 2010).

- *Definición Operacional:*

Cuestionario de Autolesión.

-Variable Dependiente

➤ *Perfil de personalidad*

- *Definición Conceptual:*

Es un conjunto de síntomas y signos de la personalidad el cual permite determinar ciertos rasgos de personalidad en los individuos (Osio, 2006).

- *Definición Operacional:*

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-Español).

10. Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron se describen a continuación:

1.-IDARE (Ansiedad Rasgo-Estado) (Anexo 1)

Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2) la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado), útiles en la medición de la ansiedad en estudiantes de bachillerato. La Escala A-Estado consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos que indiquen cómo se sienten en un momento dado. La Escala A-Rasgo también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los individuos describan cómo se sienten generalmente. Ambas escalas se presentan impresas en una misma hoja, una en cada lado de ella. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos, es decir, la forma de respuesta va de 1 a 4, tanto en A-Estado como en A-Rasgo.

- Categorías para la escala A-Estado:

1. No en lo absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho.

- Categorías para la escala A-Rasgo:

1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

En cada escala, la puntuación global varía desde una mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80; y donde altas puntuaciones indican niveles mayores de ansiedad, y de acuerdo a los resultados se clasificará en ansiedad alta, moderada o baja.

Escala ansiedad para cada una:

- <29 puntos

Ansiedad baja

- 30-44 puntos

Ansiedad moderada

- >45 puntos

Ansiedad alta

2.- CUESTIONARIO DE AUTOLESIÓN (Anexo 2)

Creamos un instrumento que evalúa autolesión, afrontamiento positivo y afrontamiento negativo.

Población: Aplicable a adolescentes de secundaria y bachillerato.

Administración: Autoaplicable, de manera individual y/o grupal; en un tiempo de aplicación de 90 minutos.

Descripción: Está compuesto por dos apartados, el cuantitativo y el cualitativo. El apartado cuantitativo se encuentra dividido por tres áreas que engloban 93 reactivos en total: Conductas Autolesivas (60 reactivos, etiquetados con la letra A), Afrontamiento positivo (13 reactivos, etiquetados con la letra B) y Afrontamiento negativo (20 reactivos, etiquetados con la letra C), los cuales están redactados en formas de frases. El apartado cualitativo está clasificado en dos áreas:

PRIMER ÁREA:

Referente a:

Personas que se han llegado a autolesionar de manera intencional en algún momento de su vida.

Dividida en dos apartados:

1.- Motivos de autolesión.

2.- Formas en las que ha llevado a cabo su autolesión (es).

SEGUNDA ÁREA:

Referente a:

Personas que no se autolesionan.

Dividida en dos apartados:

- 1.- Opinión hacia las personas que se autolesionan.
- 2.- Personas que han llegado a pensar en autolesionarse; motivos.

Calificación:

Cada frase tiene un valor de 0 a 3, con una escala que quedo establecida de la siguiente manera:

TD= Totalmente en Desacuerdo

D= Desacuerdo

A= Acuerdo

TA= Totalmente de Acuerdo

El valor de la escala para las frases referentes a las Conductas Autolesivas (etiquetadas con la letra A) quedo de la siguiente manera:

TD= 0

D= 1

A= 2

TA= 3

Por lo tanto, entre más alto es el valor, según cada frase, mayor presencia de autolesión.

El valor de la escala para las frases referentes a Afrontamiento Positivo (etiquetadas con la letra B) y Afrontamiento Negativo (etiquetadas con la letra C) quedo de la siguiente manera:

TD= 3

D= 2

A= 1

TA= 0

Por lo tanto, entre mas alto es el valor, según cada frase, existe menor afrontamiento positivo y negativo.

Finalmente, realizamos algunas modificaciones en la estructura del instrumento, con el fin de facilitar su calificación (Anexo 3).

3.- Inventario de Mutifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (Anexo 4)

El MMPI es una prueba de lápiz y papel, y puede ser aplicada de forma individual o grupal, se requiere que los sujetos tengan un nivel de lectura de 2° año de secundaria, se califica de forma manual o por lectora óptica. En esta investigación se calificó de manera manual.

Contiene el siguiente material: un cuadernillo de instrucciones con los 566 reactivos de la prueba, la hoja de respuestas, hojas para el trazo del perfil (masculino y femenino) y plantillas para calificar la hoja de respuestas.

Los 566 reactivos de los que consta el instrumento son de falso-verdadero, conformando las siguientes escalas:

Escalas de Validez:

- Escala "L" (Grado de franqueza): Consta de 15 reactivos.
- Escala "F" (Validez): Consta de 64 frases.
- Escala "K" (Corrección): Consta de 30 frases.

Escalas Clínicas:

- Escala "Hs" (Hipocondriasis): Consta de 33 frases.

- Escala “D” (Depresión): Consta de 60 frases.
- Escala “Hi” (Histeria): Consta de 60 frases.
- Escala “Dp” (Personalidad Psicopática): Consta de 50 frases.
- Escala “Mf-f” (Masculinidad-femenidad, femenino): Consta de 60 frases.
- Escala “Mf-m” (Masculinidad-femenidad, masculino): Consta de 60 frases.
- Escala “Pa” (Paranoia): Consta de 40 frases.
- Escala “Pt” (Obsesivo-compulsivo): Consta de 48 frases.
- Escala “Es” (Esquizofrenia): Consta de 78 frases.
- Escala “Ma” (Manía): Consta de 46 frases.
- Escala “Si” (Introversión Social): Consta de 70 frases.

11. Escenario:

Salón de clases de cada uno de los grupos de trabajo correspondientes a la “Preparatoria Oficial No. 29”, turno matutino, ubicada en Tepetlixpa, Edo. de México. Mencionadas aulas cuentan con un pupitre para cada alumno, iluminación y ventilación adecuada, así como espacio suficiente que facilitan la concentración de cada uno de los participantes y de los aplicadores.

CAPITULO VI

RESULTADOS

La presente investigación tuvo como propósito conocer si la presencia de ansiedad y la autolesión son variables predictoras de perfiles, basados en el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota), que conducen a Trastornos de la Personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad.

Para este estudio, realizamos un análisis estadístico a través del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, en su versión 19 para Windows), primeramente para llevar a cabo la validación del instrumento de Autolesión (obtener su nivel de confiabilidad y validez), posteriormente identificamos la presencia de ansiedad en los sujetos (mediante el programa Excel), en seguida identificamos a los sujetos con presencia de autolesión, posteriormente realizamos la correlación de las tres variables de estudio (Ansiedad, Autolesión y Perfiles de la personalidad).

Finalmente llevamos a cabo un análisis de regresión con el fin de conocer que otras variables pudieran predecir de manera relevante las escalas de personalidad, así como a las variables de Ansiedad y Autolesión.

1. Resultados de confiabilidad y validez de la prueba de autolesión

A continuación mostramos los resultados del análisis de confiabilidad y validez del instrumento utilizado. En él presentamos la medición de tres áreas; una exclusivamente para evaluar Autolesión, otra referente al Afrontamiento Positivo y por último una dedicada al Afrontamiento Negativo. Para el instrumento en general, la muestra fue de 130 sujetos (N=130), que corresponde al 100% de los casos evaluados de la población que forma parte de esta investigación. En cada área realizamos un análisis factorial que proporciona percentiles para establecer los niveles que permiten clasificar el área de Autolesión, siendo ésta la de mayor

interés respecto al objetivo de esta investigación. Por tal motivo se hace un análisis separado de cada una de las áreas presentes en el instrumento, para lo cual se realizó un análisis de componentes rotados para identificar claramente qué reactivos corresponden a cada área e identificar qué reactivo tiene mayor peso en cuanto a lo que evalúa (Anexo 5). De acuerdo a los resultados del análisis factorial determinamos realizar la corrección de algunos elementos dentro de los componentes del instrumento con el objetivo de que en una futura aplicación se observe si es posible obtener una mayor confiabilidad en los resultados obtenidos.

1.1 Confiabilidad

El instrumento se encuentra integrado por 93 reactivos, divididos dentro de tres áreas; éstas son: Autolesión=60, Afrontamiento Positivo=20 y Afrontamiento Negativo=13. De acuerdo a los criterios de estandarización obtuvimos una consistencia interna de .91 que indica que el instrumento está midiendo con precisión cada uno de los elementos de las tres áreas en conjunto; en el cual se utilizó un Alpha de $p < 0.05$.

A continuación presentamos el análisis realizado a los reactivos que miden las áreas correspondientes al instrumento de evaluación. Cabe aclarar que aún cuando nuestra variable de interés es Autolesión, se integra el resultado del análisis de las áreas Afrontamiento Positivo y Afrontamiento Negativo, como variables pertenecientes al mismo instrumento.

Tabla A. Confiabilidad de la prueba de Autolesión							
Factor							
Escala	Conductas Autolesivas			Afrontamiento Positivo		Afrontamiento Negativo	
N de elementos	60			20		13	
Media	52.80			14.92		24.85	
Varianza	631.681			54.946		33.831	
Desviación Típica	25.133			7.413		5.816	
ALPHA (p<0.05)	.94			.81		.73	
Estadísticos	Percentiles	Rango	Valor	Rango	Valor	Rango	Valor
	<25	0-31	SIN AUTOLESIÓN	0-13	BAJO	0-24	BAJO
	25	32-52	BAJO				
	50	53-69	MEDIO	14-18	MEDIO	25-28	MEDIO
	75	70-180	ALTO	19-60	ALTO	29-39	ALTO

* Sin Afrontamiento Positivo (Sin AP)

**Sin Afrontamiento Negativo (Sin AN)

En la parte final de la *Tabla A* mostramos los Estadísticos Descriptivos para la prueba de Autolesión y se muestran los 3 percentiles obtenidos, los cuales establecen de una manera más clara y precisa el rango determinante del valor que corresponde a la clasificación del nivel de autolesión, afrontamiento positivo y afrontamiento negativo presentes en el sujeto; dando mayor énfasis a los rangos y valores del área de Conductas Autolesivas, debido a que es la variable que proponemos en nuestra investigación.

1.2 Validez de constructo

En la prueba de análisis factorial se puede observar que los tres factores que conforman la escala se encuentran definidos de la siguiente manera.

Tabla B. Análisis factorial			
Factor	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado
Conductas Autolesivas	13.326	14.329	14.329
Afrontamiento Positivo	6.637	7.136	21.465
Afrontamiento Negativo	5.773	6.208	27.673

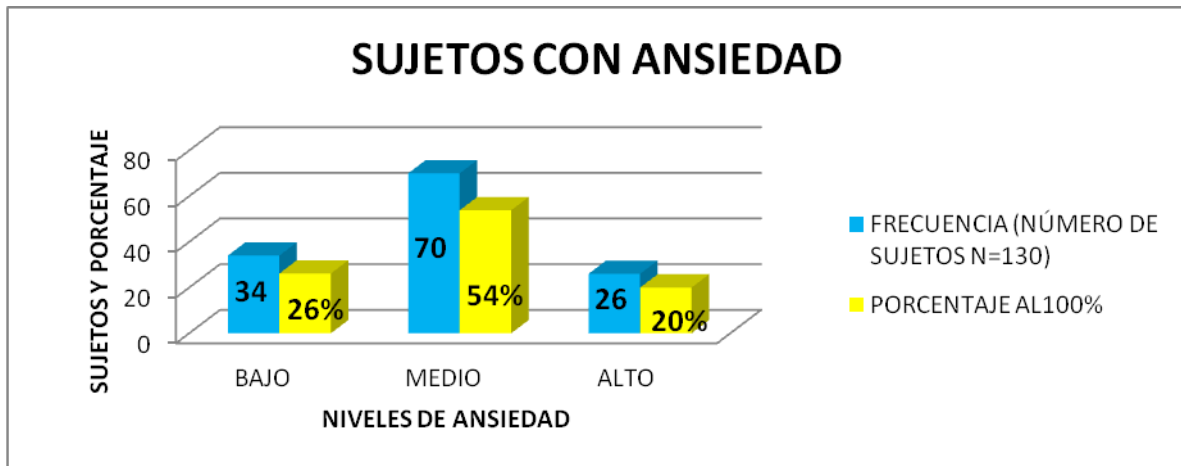
Como se mencionó anteriormente realizamos un análisis de componentes rotados para identificar que los reactivos correspondieran a cada área. El número de reactivos por área quedo clasificado de la siguiente manera: Conductas Autolesivas= 60 reactivos, Afrontamiento Positivo= 20 reactivos, Afrontamiento Negativo= 13 reactivos. Debido al análisis que se elaboró, se accedió a realizar algunas correcciones al instrumento en cuanto a estructura, con el fin de mejorar la forma de evaluación.

2. Análisis de los resultados generales de la investigación

2.1 Análisis cuantitativo de ansiedad

Los siguientes análisis los realizamos para observar cómo se relacionan cada una de las variables (Ansiedad, Autolesión y Perfiles de la Personalidad), por separado y de manera conjunta. De esta manera se permite prestar atención de una manera mas clara a la frecuencia de cada variable y como estas influyen sobre otra u otras.

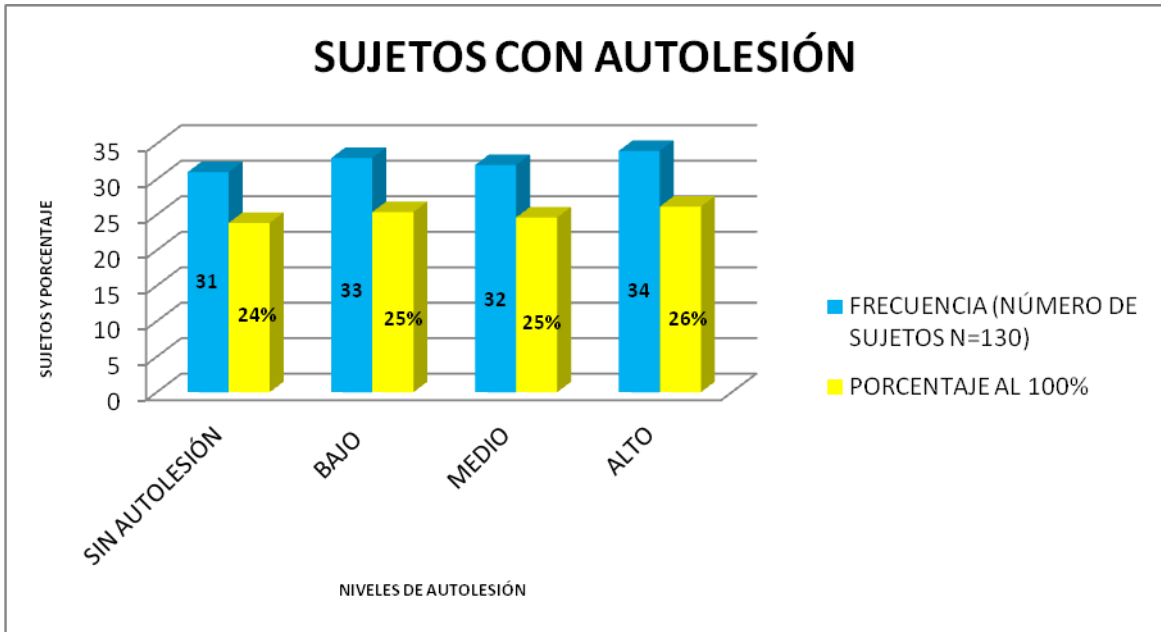
Gráfica 1: Frecuencia y porcentaje de los niveles de ansiedad de los sujetos.



En la Gráfica 1 podemos observar la clasificación del nivel de ansiedad presente en los adolescentes evaluados. En ella se determina también la frecuencia de cada nivel con su respectivo porcentaje. La gráfica nos muestra que la mayoría de la población en estudio padece Ansiedad en un nivel medio.

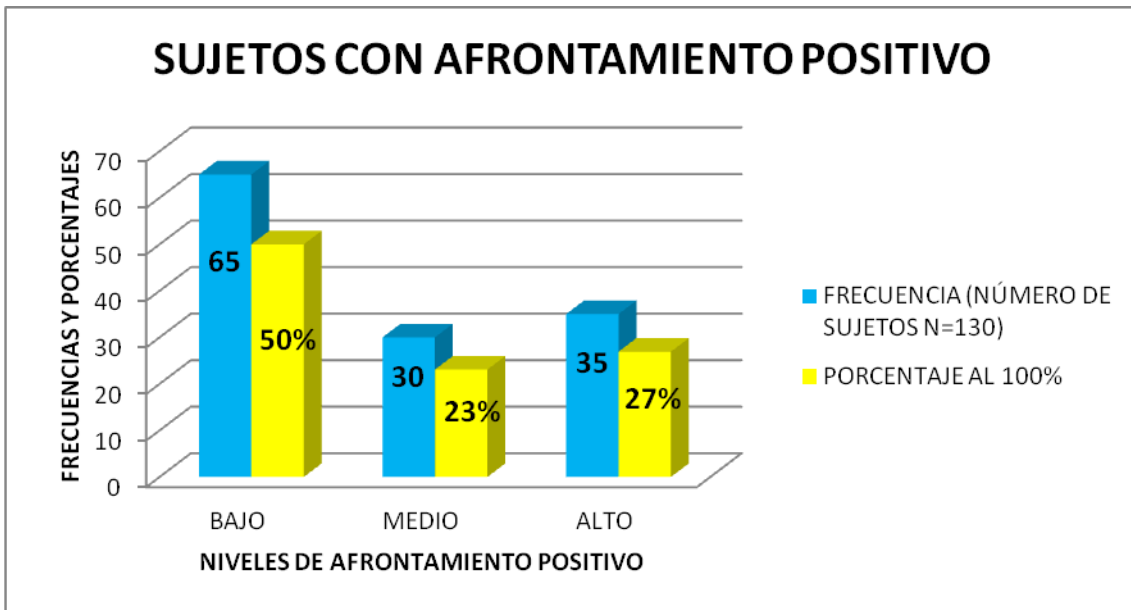
2.2 Análisis cuantitativo de autolesión

Gráfica 2: Frecuencia y porcentaje de los niveles de autolesión de los sujetos.



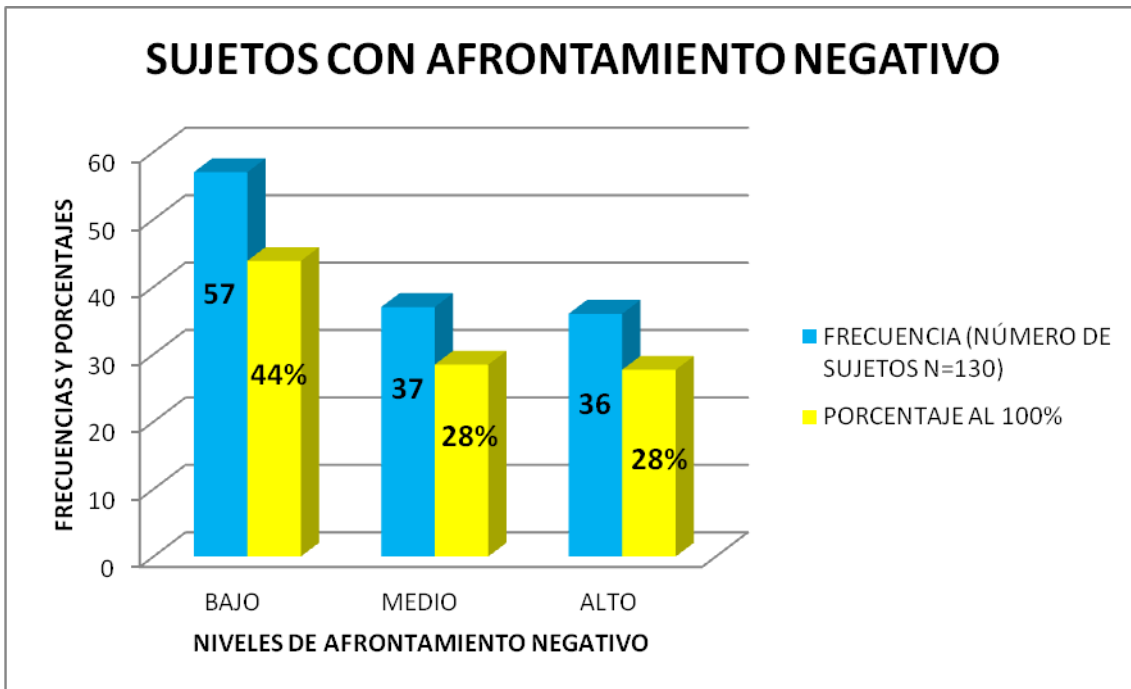
La Gráfica 2 muestra la frecuencia y porcentaje del nivel de Autolesión presente en los adolescentes evaluados, con lo que podemos observar que el porcentaje más elevado (26%) se ubica en el nivel alto, sin por ello dejar de ser significativos los niveles restantes, ya que también se ubican en altos porcentajes, excepto el nivel que indica “sin autolesión”.

Gráfica 3: Frecuencia y porcentaje de los niveles de Afrontamiento Positivo de los sujetos.



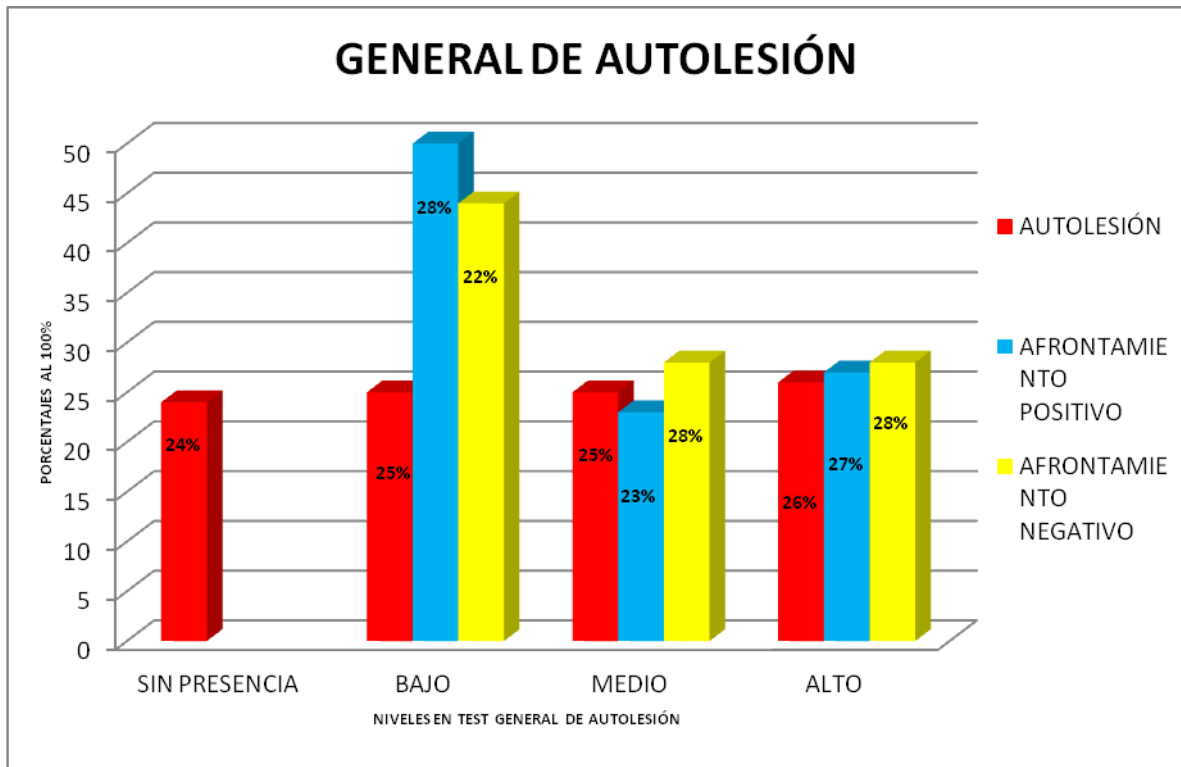
En la Gráfica 3 observamos la frecuencia y porcentajes de los niveles de Afrontamiento Positivo en los sujetos evaluados, tomando en cuenta que para esta parte de la prueba las puntuaciones para los reactivos fueron invertidos, y por lo tanto el nivel *ALTO* que se muestra con un porcentaje de 27% se refiere al número de sujetos que recurren *menos* a un afrontamiento positivo para la solución de sus problemas, por otro lado el nivel *BAJO* con un porcentaje de 50% determina el número de sujetos que recurren *frecuentemente* al afrontamiento positivo.

Gráfica 4: Frecuencia y porcentaje de los niveles de Afrontamiento Negativo de los sujetos.



En la Gráfica 4 observamos la frecuencia y porcentajes de los niveles de Afrontamiento Negativo en los sujetos evaluados, tomando en cuenta que para esta parte de la prueba las puntuaciones para los reactivos fueron invertidos de igual forma que en la parte de Afrontamiento Positivo. Por lo tanto el nivel *ALTO* que se muestra con un porcentaje de 28% se refiere al número de sujetos que recurren *menos* a un Afrontamiento Negativo para la solución de sus problemas, por otro lado el nivel *BAJO* con un porcentaje de 44% determina el número de sujetos que recurren *frecuente*mente al Afrontamiento Negativo.

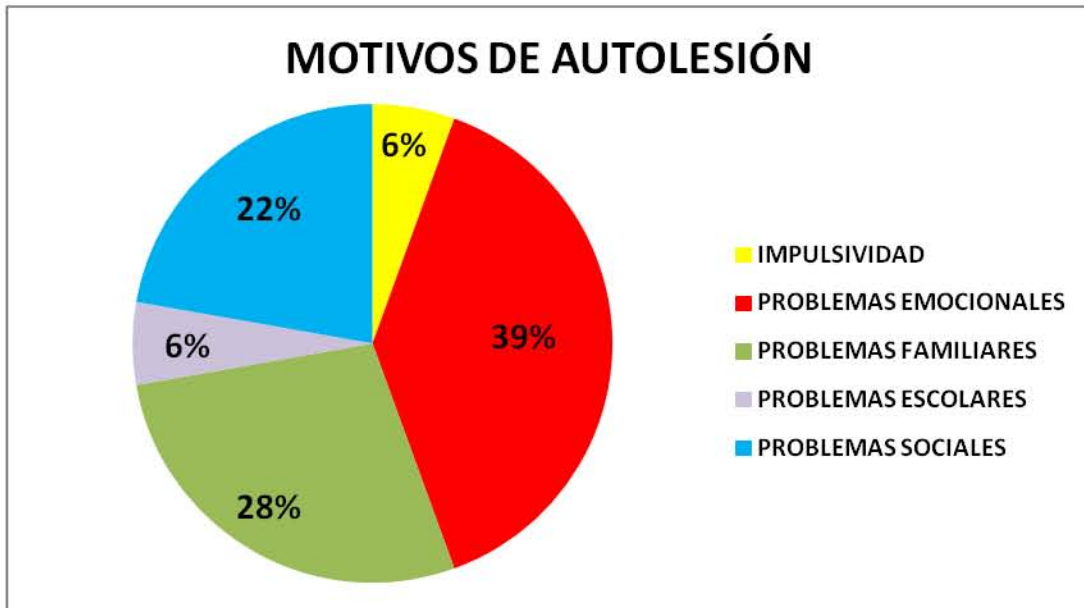
Gráfica 5: Porcentajes de los niveles de la prueba general de Autolesión.



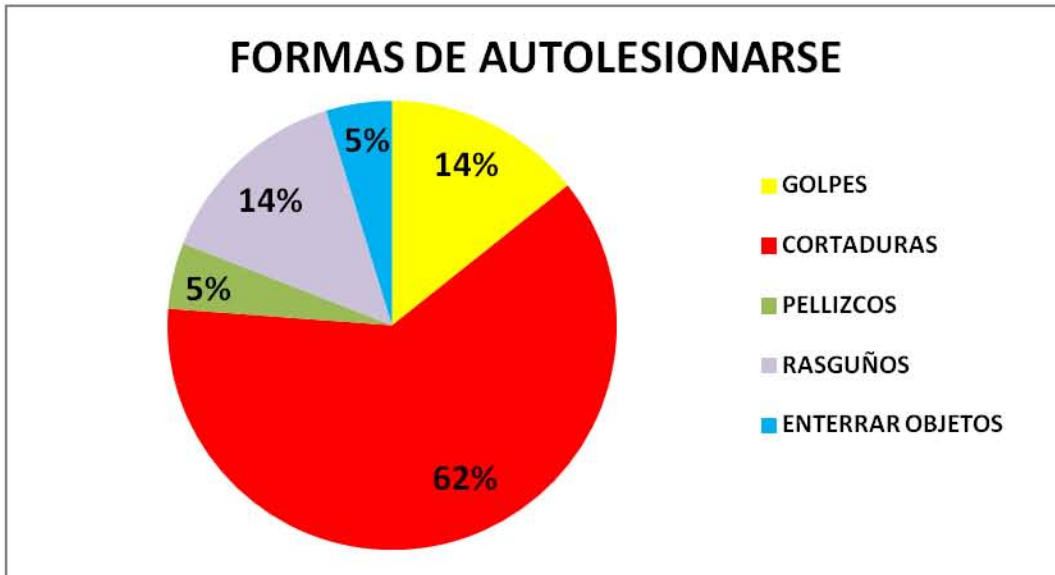
En la Gráfica 5 se puede apreciar que a mayor nivel autolesivo existe menor afrontamiento positivo, recordando que para el caso de afrontamiento positivo y negativo se aplica la regla: “entre más elevado es el nivel, menor es la ocurrencia del afrontamiento” ya sea positivo o negativo.

2.2.1 Análisis cualitativo de la prueba de autolesión

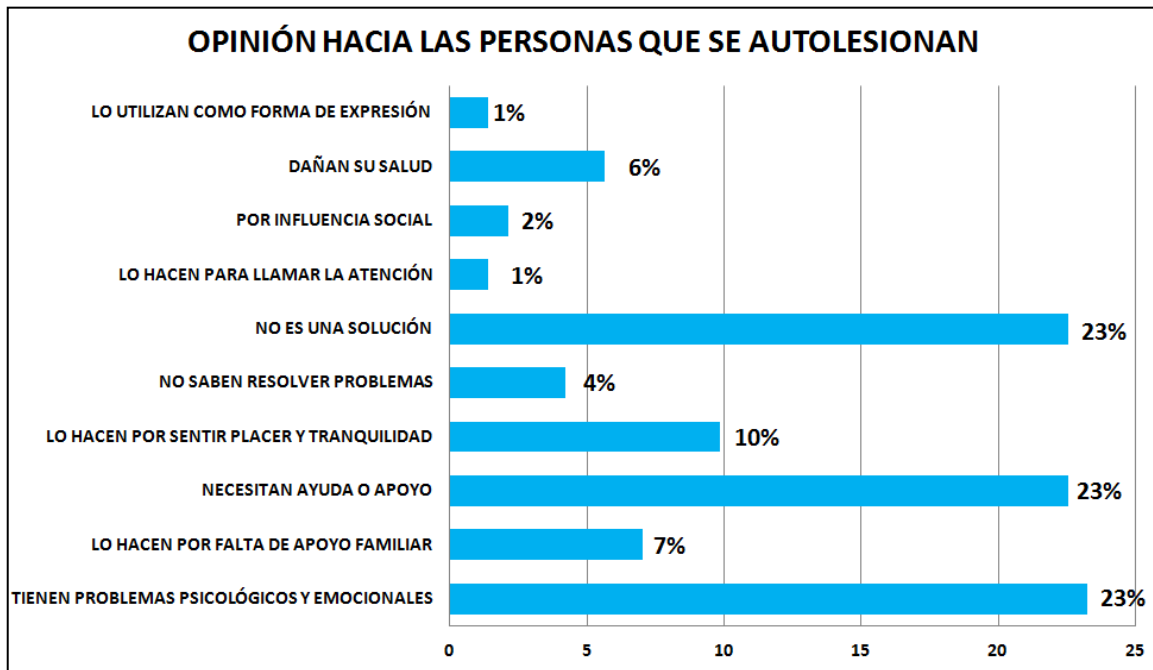
Gráfica 1A: Porcentajes de los motivos de autolesión de los adolescentes evaluados.



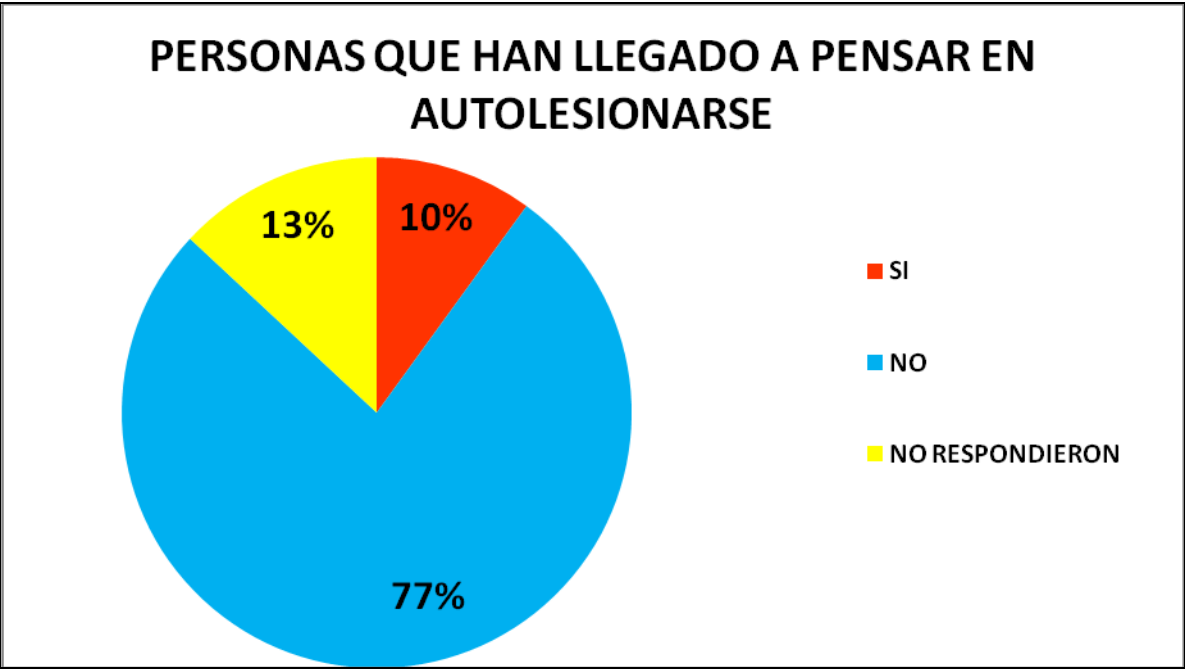
Gráfica 2A: Porcentajes de las formas de autolesión de los adolescentes evaluados.



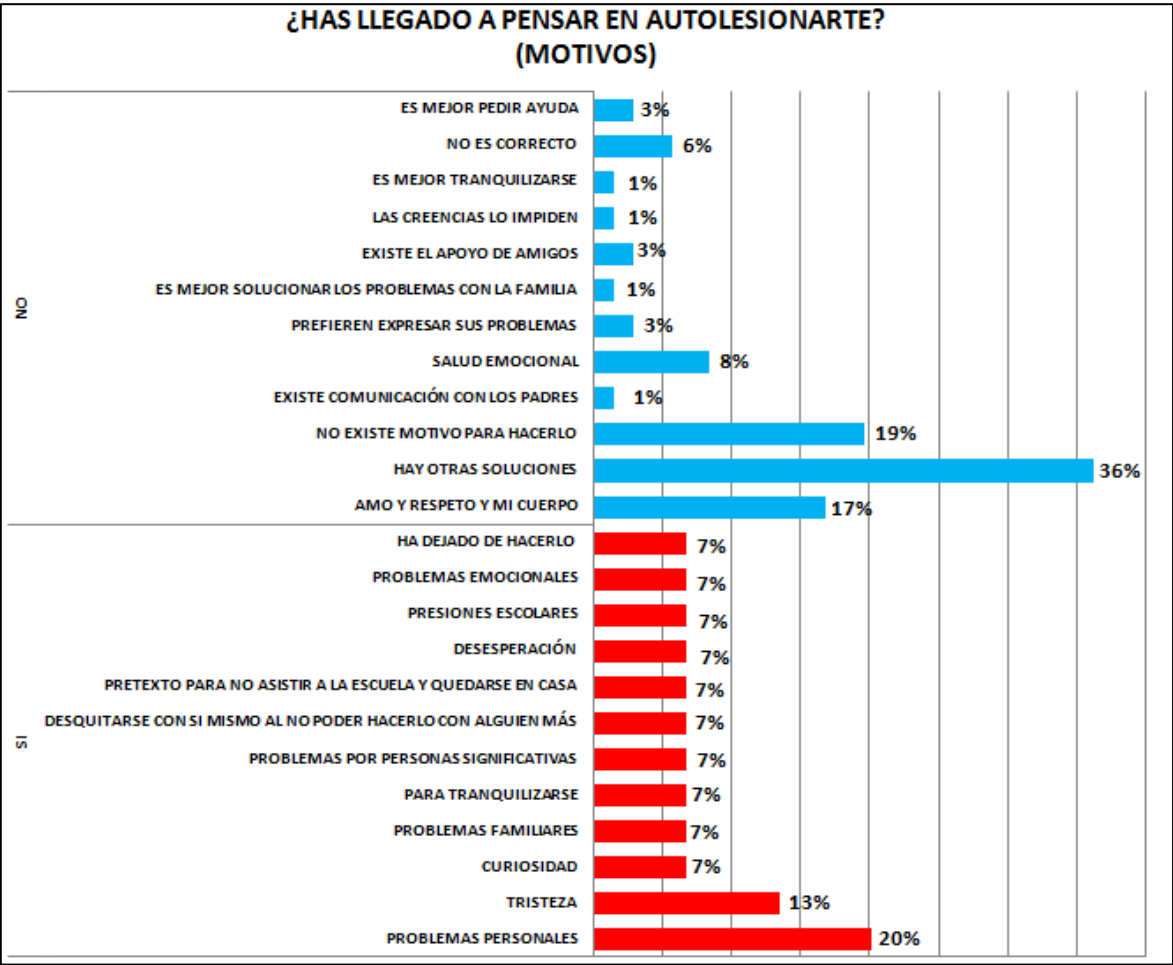
Gráfica 3A: Porcentajes de la opinión que tienen los adolescentes hacia la autolesión.



Gráfica 4A: Porcentajes de los adolescentes que han llegado a pensar en autolesionarse.



Gráfica 5A: Porcentajes de los motivos por los cuales los adolescentes han pensado o no en autolesionarse.



En las gráficas referentes al análisis cualitativo mostramos los resultados correspondientes a las preguntas abiertas de la prueba de autolesión. Cada una de ellas señala los porcentajes de cada una de las respuestas en cada pregunta, de manera general. Esto permite observar de manera más transparente la presencia de la problemática en estudio, referente a la Autolesión en los jóvenes de bachillerato.

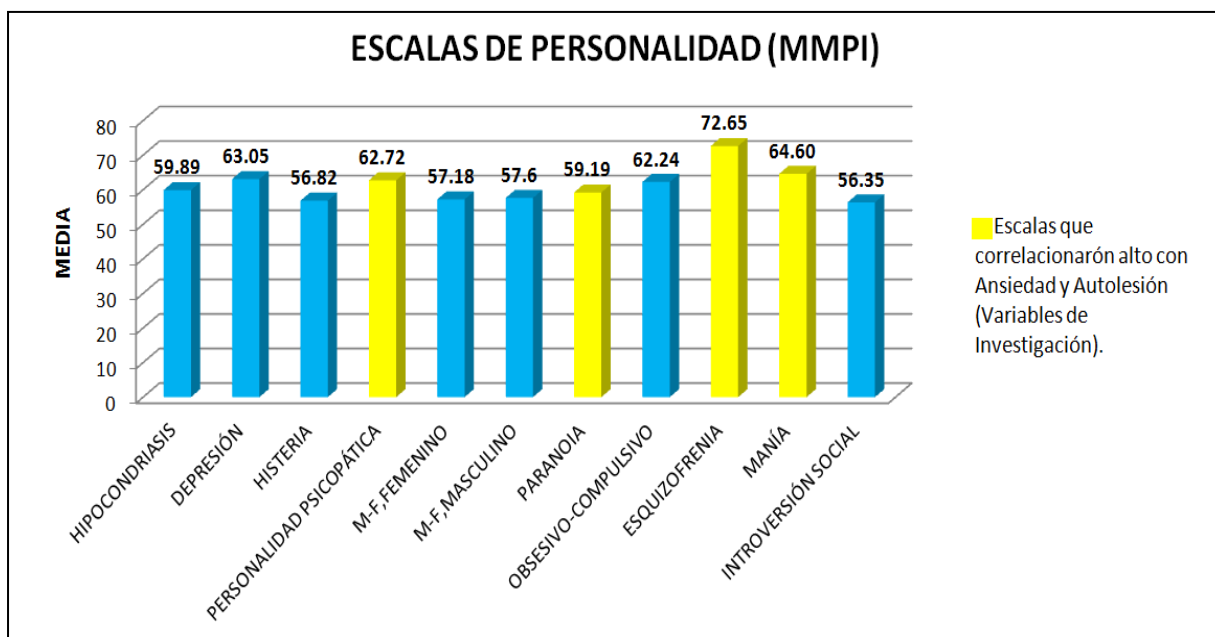
2.3 Análisis cuantitativo de la prueba de personalidad (MMPI)

La siguiente tabla (C) muestra los datos estadísticos descriptivos obtenidos para cada una de las escalas clínicas del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI); cabe mencionar que cada una de las escalas comprende la evaluación de la población total en la investigación N= 130, excepto las escalas referentes a Masculinidad-Feminidad debido a que la evaluación se realizó con ambos sexos , además de que la mencionada prueba así lo requiere; por lo tanto tenemos que Mf_f5 cuenta con una N= 67 y para Mf_m6 N= 63.

Tabla C. Estadísticos Descriptivos de las Escala de Personalidad					
Escalas Clínicas	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Hs1_Hipocondriasis	33	93	59.89	10.951	119.926
D2_Depresión	39	101	63.05	10.790	116.416
Hi3_Histeria	33	99	56.82	10.160	103.232
Dp4_Personalidad Psicopática	39	100	62.72	13.108	171.830
Mf_f5_Masculinidad-Femeneidad-Femenino	39	78	57.18	8.446	71.331
Mf_m6_Masculinidad-Femeneidad-Masculino	34	80	57.60	9.478	89.824
Pa7_Paranoia	0	108	59.19	14.220	202.219
Pt8_Obsesivo-Compulsivo	0	94	62.24	11.866	140.803
Es9_Esquizofrenia	0	119	72.65	16.105	259.362
Ma10_Manía	0	108	64.60	12.344	152.381
Is11_Introversión Social	0	79	56.35	10.285	105.778

En la *Tabla C* resaltamos en negritas los valores más altos que corresponden a los resultados de la prueba. Se observa que aparecen 5 escalas con puntuación más alta (máximo) sobre el resto de ellas; en primer lugar se encuentra Esquizofrenia con un máximo=119, Paranoia=108, Manía= 108, Depresión=101 y Personalidad Psicopática=100; estas escalas cumplen el criterio establecido en la calificación del instrumento (MMPI), ya que la evaluación de la prueba establece que se deben tomar en cuenta las escalas con el valor más alto para establecer el diagnóstico de las patologías presentes. Tales resultados se observan a continuación de manera más clara en la *Gráfica 6*.

Gráfica 6: Medias de las Escalas de Personalidad (MMPI)



En la Gráfica 6 observamos las medias de cada una de las escalas que conforman la prueba de personalidad. Los resultados muestran que todas las escalas se encuentran arriba de la media, sin embargo se resaltan las escalas que correlacionaron de manera significativa con Ansiedad y Autolesión en el análisis siguiente.

2.4 Correlaciones de las variables de investigación (Ansiedad, Autolesión y Perfiles de la personalidad)

A continuación presentamos las correlaciones más significativas entre cada dimensión: Ansiedad Rasgo y Autolesión con el resto de las variables empleadas. Es importante recalcar que N=130 para todas las variables, excepto en las escalas clínicas de personalidad Mf_f5 con una N= 67 y para Mf_m6 N= 63, refiriéndose la primera a la totalidad de mujeres y la segunda al total de hombres presentes en la investigación.

Tabla D. Correlaciones: Ansiedad, Autolesión, Afrontamiento positivo, Afrontamiento Negativo y Escalas de Personalidad.					
		Ansiedad RASGO	Autolesión	Afrontamiento Positivo	Afrontamiento Negativo
** alpha = .01 * alpha = .05					
Ansiedad RASGO	Correlación de Pearson	1	.396**	.237**	-.284**
	Sig.(bilateral)		.000	.007	.001
Autolesión	Correlación de Pearson	.396**	1	.209*	-.377**
	Sig.(bilateral)	.000		.017	.000
Afrontamiento Positivo	Correlación de Pearson	.237**	.209*	1	-.238**
	Sig.(bilateral)	.007	.017		.006
Afrontamiento Negativo	Correlación de Pearson	-.284**	-.377**	-.238**	1
	Sig.(bilateral)	.001	.000	.006	
Hs1_Hipocondriasis	Correlación de Pearson	.179*	.052	.199*	-.189*
	Sig.(bilateral)	.042	.558	.023	.031
D2_Depresión	Correlación de Pearson	.448**	.143	.235**	-.298**

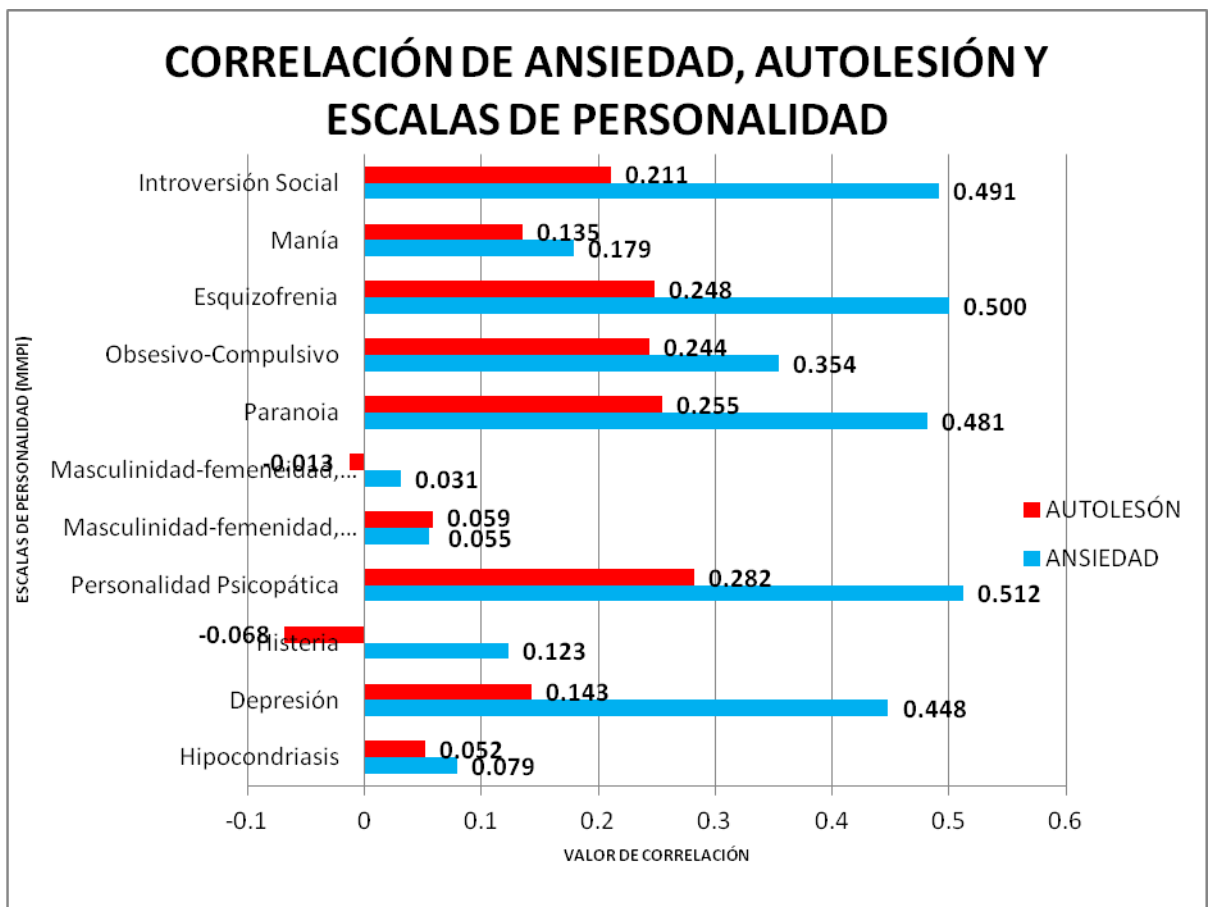
	Sig.(bilateral)	.000	.104	.007	.001
Hi3_Histeria	Correlación de Pearson	.123	-.068	.222*	-.115
	Sig.(bilateral)	.164	.445	.011	.192
Dp4_Personalidad Psicopática	Correlación de Pearson	.512**	.282**	.323**	-.239**
	Sig.(bilateral)	.000	.001	.000	.006
Mf_f5_Masculinidad-femenidad, femenino	Correlación de Pearson	.055	.059	-.014	-.202
	Sig.(bilateral)	.659	.634	.910	.101
Mf_m6_Masculinidad-femenidad, masculino	Correlación de Pearson	.031	-.013	.099	-.154
	Sig.(bilateral)	.812	.919	.442	.228
Pa7_Paranoia	Correlación de Pearson	.481**	.255**	.253**	-.390**
	Sig.(bilateral)	.000	.003	.004	.000
Pt8_Obsesivo-Compulsivo	Correlación de Pearson	.354**	.244**	.230**	-.361**
	Sig.(bilateral)	.000	.005	.009	.000
Es9_Esquizofrenia	Correlación de Pearson	.500**	.248**	.227**	-.391**
	Sig.(bilateral)	.000	.005	.009	.000
Ma10_Manía	Correlación de Pearson	.179*	.135	.143	-.229**
	Sig.(bilateral)	.042	.126	.106	.009
Is11_Introversión Social	Correlación de Pearson	.491**	.211*	.237**	-.332**
	Sig.(bilateral)	.000	.016	.007	.000

Como se pudo observar en la tabla anterior, los elementos en negritas señalan las variables que se estudiaron en dicha investigación: Ansiedad y Autolesión; así como el nivel de correlación que existe entre ellas, con el propósito de aclarar su relación e identificar como éstas dos variables correlacionan con perfiles de la personalidad. Por lo tanto, observamos que Ansiedad se correlaciona con Autolesión de manera significativa; debido a que se realizó una correlación con demás variables y el análisis dio a conocer una puntuación alta en la relación de Ansiedad y Autolesión.

Es importante reiterar que a partir de la *Tabla C (Estadísticos Descriptivos)* se determinaron las 5 escalas clínicas de personalidad más relevantes en los resultados de todo el instrumento (MMPI), sin embargo en esta última tabla se seleccionaron sólo las escalas clínicas (Personalidad Psicopática, Esquizofrenia, Introversión Social y Paranoia) que correlacionaron de forma relevante con las variables de investigación (Ansiedad y Autolesión).

Los resultados de la *Tabla D* se muestran de manera más clara en la siguiente gráfica.

Gráfica 7: Correlación de Ansiedad, Autolesión y Escalas de Personalidad.



La Gráfica 7 explica las correlaciones entre Ansiedad, Autolesión y Escalas de la Personalidad, retomando la información que anteriormente se había expuesto en la *Tabla D* referente a las correlaciones generales. Es posible observar las correlaciones más altas.

2. 5 Regresiones de Ansiedad-Autolesión y Escalas de personalidad

A continuación se muestran los resultados del análisis de regresión de las escalas clínicas de la prueba MMPI, que resultaron más relevantes en el análisis de correlación: Esquizofrenia, Personalidad Psicopática, Introversión Social y Paranoia. Así mismo se dan a conocer las variables predictoras: Ansiedad Rasgo y Autolesión. Por cada escala se observan tres tablas, cada una con su respectiva tabla de *coeficientes*. La primera de ellas haciendo referencia a la regresión de las dos variables predictoras en conjunto (Ansiedad Rasgo y Autolesión), posteriormente la segunda tabla se refiere a la regresión con la variable Ansiedad Rasgo, y finalmente la tercera tabla representa la regresión con la variable predictora Autolesión.

Lo anterior se determina con el propósito de identificar la relación que existe entre una variable y otra, así como el análisis de correlación de las variables en estudio con cada una de las escalas antes mencionadas. Para todos los casos $p < 0.05$ donde:

R: es el valor de la correlación.

R cuadrado: es una expresión de la varianza común entre las variables.

A) *Personalidad Psicopática, Ansiedad Rasgo y Autolesión*

Tabla 1: Resumen del modelo^b

Dp4_Personalidad Psicopática

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.519^a	.270	.258	11.290	1.863

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO, Autolesión.

Tabla 1a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	35.446	4.106		8.634	.000
	AnsiedadRASGO	.664	.116	.475	5.752	.000
	Autolesión	.049	.043	.094	1.134	.259

a. Variable dependiente: Dp4_Personalidad Psicopática

Tabla 2: Resumen del modelo^b

Dp4_Personalidad Psicopática

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.512^a	.262	.256	11.303	1.841

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO.

Tabla 2a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	36.097	4.070		8.869	.000
	AnsiedadRASGO	.716	.106	.512	6.746	.000

a. Variable dependiente: Dp4_Personalidad Psicopática.

Tabla 3: Resumen del modelo^b

Dp4_Personalidad Psicopática

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.282^a	.079	.072	12.626	1.794

a. Variables predictoras: (Constante), Autolesión.

Tabla 3a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	54.964	2.585		21.265	.000
	Autolesión	.147	.044	.282	3.322	.001

a. Variable dependiente: Dp4_Personalidad Psicopática.

B) Esquizofrenia, Ansiedad Rasgo y Autolesión

Tabla 4: Resumen del modelo^b

Es9_Esquizofrenia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.503^a	.253	.241	14.028	1.425

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO, Autolesión.

Tabla 4a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	40.200	5.101		7.881	.000
	AnsiedadRASGO	.819	.144	.477	5.709	.000
	Autolesión	.038	.054	.059	.704	.483

a. Variable dependiente: Es9_Esquizofrenia.

Tabla 5: Resumen del modelo^b

Es9_Esquizofrenia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.500^a	.250	.244	14.001	1.407

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO.

Tabla 5a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	40.702	5.041		8.074	.000
	AnsiedadRASGO	.859	.132	.500	6.533	.000

a. Variable dependiente: Es9_Esquizofrenia.

Tabla 6: Resumen del modelo^b

Es9_Esquizofrenia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.248^a	.061	.054	15.664	1.412

a. Variables predictoras: (Constante), Autolesión.

Tabla 6a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	64.268	3.207		20.043	.000
	Autolesión	.159	.055	.248	2.892	.005

a. Variable dependiente: Es9_Esquizofrenia.

*C) Introversión Social, Ansiedad Rasgo y Autolesión***Tabla 7: Resumen del modelo^b**

Is11_Introversión Social

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.492^a	.242	.230	9.026	1.513

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO, Autolesión.

Tabla 7a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	36,200	3,282		11,029	,000
	AnsiedadRASGO	,531	,092	.484	5,748	,000
	Autolesión	,008	,034	.019	,228	,820

a. Variable dependiente: Is11_Introversión Social

Tabla 8: Resumen del modelo^b

Is11_Introversión Social

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.491^a	.241	.235	8.993	1.513

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO.

Tabla 8a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	36.304	3.238		11.212	.000
	AnsiedadRASGO	.539	.084	.491	6.382	.000

a. Variable dependiente: Is11_Introversión Social

Tabla 9: Resumen del modelo^b

Is11_Introversión Social

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.211^a	.044	.037	10.093	1.648

a. Variables predictoras: (Constante), Autolesión.

Tabla 9a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	51.793	2.066		25.068	.000
	Autolesión	.086	.035	.211	2.439	.016

a. Variable dependiente: Is11_Introversión Social

*D) Paranoia, Ansiedad Rasgo y Autolesión***Tabla 10: Resumen del modelo^b**

Pa7_Paranoia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.486^a	.236	.224	12.526	1.895

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO, Autolesión.

Tabla 10a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	31.492	4.555		6.914	.000
	AnsiedadRASGO	.684	.128	.451	5.335	.000
	Autolesión	.043	.048	.076	.905	.367

a. Variable dependiente: Pa7_Paranoia.

Tabla 11: Resumen del modelo^b

Pa7_Paranoia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.481^a	.231	.225	12.517	1.892

a. Variables predictoras: (Constante), AnsiedadRASGO.

Tabla 11a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	32.068	4.507		7.115	.000
	AnsiedadRASGO	.730	.118	.481	6.205	.000

a. Variable dependiente: Pa7_Paranoia.

Tabla 12: Resumen del modelo^b

Pa7_Paranoia

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.255^a	.065	.058	13.804	1.804

a. Variables predictoras: (Constante), Autolesión.

Tabla 12a: Modelo General de la Regresión

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	51.577	2.826		18.252	.000
	Autolesión	.144	.048	.255	2.983	.003

a. Variable dependiente: Pa7_Paranoia.

A través del análisis anterior, podemos corroborar que las variables de correlación relevante enunciadas en el apartado de Correlación, suelen ser las mismas en el análisis de regresión. Por lo tanto tenemos:

- De manera conjunta, Ansiedad Rasgo y Autolesión se relacionan de manera significativa con:
 - o Personalidad Psicopática con R= .519
 - o Esquizofrenia con R= .503
 - o Introversión Social con R= .492
 - o Paranoia con R= .486

- De forma particular :
 - Ansiedad Rasgo se relaciona con:
 - Personalidad Psicopática con R= .512
 - Esquizofrenia con R= .500
 - Introversión Social con R= .491
 - Paranoia con R= .481
 - Autolesión se relaciona con:
 - Personalidad Psicopática con R= .282
 - Paranoia con R= .255
 - Esquizofrenia con R= .248
 - Introversión Social con R= .211

Por lo tanto, a través del análisis anterior se establece que las variables que parecen predecir de manera relevante los perfiles, son Ansiedad y Autolesión de manera conjunta; en el caso de personalidad psicopática con R= .519; respecto a esquizofrenia la predicen de manera relevante con R= .503, a Introversión social la predicen con R= .492 y finalmente a la escala paranoia la predicen de manera relevante con R= .486. Observamos que las cuatro escalas de personalidad son predichas de manera relevante por la Ansiedad y Autolesión en conjunto, ya que de manera independiente predicen con un valor más bajo.

Finalmente, los distintos coeficientes beta (β) permiten ver cuáles tienen un mayor poder predictivo o explican una mayor proporción de la varianza de la variable dependiente según cada tabla. Así por lo tanto, tenemos que los coeficientes beta con mayor poder predictivo son los relacionados con Ansiedad Rasgo, a su vez, estos valores coinciden con los valores más relevantes de las

escalas relacionadas de igual forma con Ansiedad Rasgo en la correlación. Tales escalas son:

- Personalidad Psicopática con $\beta = .512$
- Esquizofrenia con $\beta = .500$
- Introversión Social con $\beta = .491$
- Paranoia con $\beta = .481$

2.6 Integración de los resultados

Los resultados muestran que los adolescentes padecen ansiedad en un nivel bajo (26%), nivel medio (54%), nivel alto (20%). Lo que da a conocer que los adolescentes presentan ansiedad como un rasgo de su personalidad y que ésta está presente con mayor porcentaje en el nivel medio.

El análisis de autolesión da a conocer que el nivel que resultó con mayor porcentaje fue el nivel alto, con un 26%, lo que da a conocer que los adolescentes recurren frecuentemente a las conductas autolesivas como solución a las situaciones que enfrentan. Cabe señalar, que los niveles bajo y medio se encuentran con un valor similar, bajo (25%), medio (25%), y sólo un 24% de los adolescentes resultó sin presencia de autolesión. Tales niveles: bajo y medio permiten conocer que aun cuando los adolescentes no han llegado a cometer las conductas autolesivas de manera frecuente, indican que están de acuerdo con este tipo de conductas y por tal motivo recurren a realizarlas. De acuerdo a los resultados que obtuvimos del análisis cualitativo, los principales motivos de autolesión son: problemas emocionales (39%), problemas familiares (28%), problemas sociales (22%), impulsividad (6%) y problemas escolares (6%). Entre las principales formas de autolesión, los adolescentes reportaron en primer lugar, cortarse (62%), en segundo lugar recurren a los golpes (14%) empatando con rasguños (14%), finalmente los pellizcos y enterrar objetos (ambos con un 5%). Por otro lado, se recurrió a preguntar a los adolescentes su opinión respecto a la autolesión, para lo cual respondieron que la autolesión no es una solución (23%),

que las personas que se autolesionan necesitan ayuda o apoyo (23%) y que además tienen problemas psicológicos y emocionales (23%); otras opiniones resultaron con porcentaje menor, opinando que las personas se autolesionan para sentir placer y tranquilidad (10%), que lo hacen por falta de apoyo familiar (7%), que daña su salud (6%), no saben resolver problemas (4%), lo hacen por influencia social (2%), y por último, resultó un empate del 1% hacia la opinión de que las personas utilizan la autolesión como una forma de expresión y para llamar la atención. Una última cuestión que nos resultó interesante saber se refiere a qué porcentaje de los adolescentes han llegado a pensar en la autolesión como alternativa para enfrentar las situaciones. En dicho análisis obtuvimos que el 77% de la población no lo considera como opción, el 13% no respondió a la cuestión y el 10% si ha llegado a pensar en la autolesión, incluso mencionan que lo han dejado de hacer. Para la población que se encuentra en la posición de haber llegado a pensar en la autolesión, los motivos principales son: problemas personales (20%), tristeza (13%), ha dejado de hacerlo, problemas emocionales, presiones escolares, desesperación, pretexto para no asistir a la escuela y quedarse en casa, desquitarse con si mismo al no poder hacerlo con alguien más, problemas por personas significativas, para tranquilizarse, problemas familiares y curiosidad; todas ellas con un 7%. Por otra parte, los adolescentes que se encuentran dentro de la posición en la que no han llegado a pensar en autolesión, los principales motivos son: hay otras soluciones (36%), no existe motivo para hacerlo (19%), amo y respeto mi cuerpo (17%), por salud emocional (8%), no es correcto (6%), es mejor pedir ayuda (3%). Es mejor tranquilizarse, las creencias lo impiden, es mejor solucionar los problemas con la familia, existe comunicación con los padres; todas ellas con 1%.

El mismo instrumento de autolesión nos permitió evaluar la forma en que los adolescentes afrontan sus diversas problemáticas emocionales. Observamos que el 50% de los sujetos recurren a un afrontamiento positivo y sólo el 27% no recurren a él, o no lo llevan a cabo con frecuencia, contrariamente a la evaluación del afrontamiento negativo, donde el 28% de los adolescentes tienden a evitar

más este tipo de afrontamiento, el 44% recurre frecuentemente a utilizar esta forma incorrecta de afrontamiento.

Retomando la parte de autolesión, afrontamiento positivo y negativo, pudimos realizar una relación entre estas tres áreas, identificando que los adolescentes están ubicados en su mayoría en un nivel alto de autolesión, y que coincide con el porcentaje de los adolescentes que recurren al afrontamiento negativo, ya que se considera que entre mayor sea el afrontamiento negativo, mayor será la prevalencia de adolescentes que recurran a las conductas Autolesivas.

Ciertamente, la correlación realizada en esta investigación, permitió obtener claros resultados. Ansiedad rasgo y autolesión correlacionaron de manera significativa con perfiles de la personalidad que describen claramente los rasgos presentes en el adolescente como futuros causantes de trastornos de la personalidad. Con esto queremos decir que los perfiles se refieren a rasgos de la personalidad que sirven como diagnóstico en la posible presencia o evolución de un trastorno. Observamos que la presencia de ansiedad y autolesión correlacionan de manera significativa con los siguientes perfiles de la personalidad: Personalidad Psicopática, Esquizofrenia, Introversión Social y Paranoia. Perfiles de la personalidad que determinan la severidad de los problemas de los adolescentes evaluados y que puntuaron de manera relevante en ansiedad y autolesión.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con base en el objetivo planteado que fue, conocer si la presencia de ansiedad y autolesión son variables predictoras de perfiles basados en el MMPI, que conducen a trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad, propusimos dos hipótesis de investigación. Llevando a cabo la aplicación de instrumentos de evaluación de las variables en estudio, con la finalidad de contestar dichas hipótesis, por lo tanto, y con base en los resultados obtenidos presentamos lo siguiente:

La primera hipótesis fue: La presencia de ansiedad y autolesión predicen perfiles correspondientes al MMPI, que tienden a desarrollar trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad. Por lo tanto aceptamos la hipótesis alterna, debido a que encontramos que la presencia de ansiedad y autolesión son variables predictoras de perfiles de personalidad, basados en análisis estadísticamente significativos. La segunda hipótesis fue: La presencia de ansiedad y autolesión no predicen perfiles correspondientes al MMPI, que tienden a desarrollar trastornos de la personalidad en adolescentes de 16 y 17 años de edad; por ende, rechazamos esta hipótesis nula, ya que el análisis estadístico cualitativo y cuantitativo nos llevó a la confirmación de la hipótesis alterna.

Tales resultados reflejan que la mayoría de los adolescentes que evaluamos presentan serios conflictos en su personalidad, hecho que nos llevó a confirmar nuestra hipótesis alterna, ya que pudimos identificar la presencia de ansiedad, autolesión y diversos rasgos que se ubican en su mayoría en los perfiles de esquizofrenia, personalidad psicopática, introversión social, paranoia. Tal como lo solemos ver en diversas personas que se encuentran atravesando la etapa de la adolescencia, como bien lo expone Erickson (Rau, 1979), al mencionar que la adolescencia es un periodo de conflicto y crisis. G. Stanley Hall (Rau, 1979)

menciona que el periodo de la adolescencia es uno de “tormenta y de angustia”. Así mismo la psicología “científica” define la crisis de la adolescencia como una “tempestad”, “edad critica”, “originalidad juvenil”, “crisis juvenil” (Fize, 2007). De manera similar Fize (2007) menciona que la adolescencia es un periodo de inestabilidad, mal humor, un periodo difícil de vivir, es decir, en ella existe una identidad negativa, problemática, que implica un proceso de oposiciones de contradicciones.

Consideramos a la variable ansiedad como uno de los principales factores que pueden intervenir en las problemáticas de los adolescentes, ya que de acuerdo a los hallazgos que obtuvimos en nuestra investigación, la ansiedad con nivel bajo, medio y alto se encuentra presente en los adolescentes evaluados. El hecho de que algunos adolescentes se encuentren en un nivel bajo o medio de ansiedad, no significa que la ansiedad no sea un problema grave, ya que el test aplicado para evaluar esta variable determina a la ansiedad como un rasgo que ya forma parte de la personalidad del sujeto y que puede incrementarse en diversas situaciones. Por ello es que en la etapa de la adolescencia consideramos a la ansiedad como una señal de alerta que indica la presencia de algún tipo de problema(s) que la está(n) generando, por ejemplo, Garaigordobil (2008) menciona que las transformaciones corporales suelen ser causa de preocupación para los adolescentes, una fuente de incertidumbre sobre el futuro de su desarrollo corporal; estos cambios les despiertan ansiedades de diversa índole: sentimientos de desarmonía, de extrañeza, de despersonalización; el aspecto físico preocupa en esta etapa, siendo el físico y la apariencia factores que desempeñan un papel muy importante en la autoevaluación del adolescente. Por otro lado, Rau (1979) menciona que las niñas que tienen una maduración lenta, al final de la escuela secundaria pueden presentar ansiedad. Así mismo, se menciona que los varones de maduración tardía sienten ansiedad por el retraso de su desarrollo (Coon, 2005). En cuanto al aspecto social Moreno (2005) expone que la ansiedad presente en el adolescente es generada por el inicio de sus relaciones humanas de mayor intimidad a las que se expone al rechazo o la desaprobación. Incluso el

escaso interés, desapego emocional de los padres para con sus hijos son fuente de ansiedad. De aquí la importancia de que la ansiedad y las causas que la generan sean atendidas de forma simultánea con el propósito de evitar la aparición de problemáticas más serias, como lo es la autolesión debido a que es considerada una consecuencia de la ansiedad, tal como lo expone Meza (2010) diciendo que en la mayor parte de los casos, el acto autolesivo es causa de un efecto negativo que la persona percibe como intolerable. Y son factores como la ansiedad y la tensión lo que realmente predomina en estas conductas.

Lo anterior nos lleva a pensar en la autolesión como un factor importante en la consideración de problemáticas más graves, ya que los adolescentes la utilizan como opción para la solución de sus problemas, o por lo menos para una forma de encontrar una mejora rápida a la situación por la que están atravesando, es decir, se produce una descarga de ansiedad y frustración como lo menciona Teicher (2003). Debido a diversas causas que fueron arrojadas en nuestros resultados, principalmente por problemas emocionales y familiares, lo que nos indica que gran parte de los adolescentes que se autolesionan viven en un hogar disfuncional causante entre muchos otros de conflictos emocionales, lo que nos lleva a coincidir con Meza, (2010) en que las familias de adolescentes autolesionadores exhiben menos emociones positivas, más emociones negativas, y pobre cohesión entre sus miembros.

Además, tiene que ver la manera en que los adolescentes enfrentan sus problemas, ya sea de manera positiva, negativa o la presencia de ambas, debido a los cambios contrastantes y repentinos en las conductas y pensamientos de esta etapa. Por ello retomamos los resultados en los que el afrontamiento positivo y negativo se mostraron con niveles altos, sin embargo, aun cuando el porcentaje de adolescentes con afrontamiento positivo resultó con un porcentaje elevado, no indica que necesariamente sea una conducta que realicen con frecuencia. Esto se explica debido a que en la etapa de la adolescencia es donde se lleva a cabo el desarrollo moral que definirá en gran parte la vida de las personas, como menciona Teicher (2003), el adolescente está aprendiendo a manejar situaciones

que son nuevas para él, donde por primera vez el adolescente reconoce la posibilidad de conflicto entre dos normas socialmente aceptadas, y trata de decidir entre ellas. El control de comportamiento es ahora interno tanto en la observación de las normas como en el razonamiento sobre lo que es correcto e incorrecto (Kohlberg 1964, 1968; citado en Papalia et al., 2005). Por ello, mencionamos que el adolescente sabe lo que debe hacer, ya sea, porque se lo han impuesto, lo ha aprendido de sus padres, etc., pero es ahora donde los adolescentes, se comienzan a sentir libres para determinar las normas que ellos consideran mejor para sí mismos, lo que significa que el porcentaje alto en el nivel de afrontamiento positivo va encaminado más a la parte de las creencias que los demás les imponen como correctas, pero que no necesariamente llevan a cabo, y es por ello que encontramos porcentajes altamente significativos en el área de afrontamiento positivo y autolesión.

Por otro lado, si las herramientas y habilidades adquiridas durante la infancia son deficientes, el adolescente está en riesgo de sufrir una “crisis emocional” capaz de afectar su estabilidad mental futura (Moreno, 2005). Por tal motivo, correlacionamos Ansiedad y Autolesión con perfiles de personalidad, debido al malestar emocional del adolescente como susceptible a padecer rasgos, incluso en un presente o futuro padecer trastornos de la personalidad. También nos basamos en la investigación realizada de Coleman (2003) quien menciona que entre las afecciones mentales severas se encuentra la esquizofrenia, alteraciones obsesivas compulsivas, perturbaciones ansiosas y fóbicas, trastornos alimentarios y la depresión. La perturbación más grave, la más irreversible, es sin duda alguna la esquizofrenia. La disociación esquizofrénica es una enfermedad de la juventud. Se menciona que el 20% de los esquizofrénicos declarados han sufrido previamente alteraciones neuróticas serias, en particular alteraciones obsesivas invalidantes.

A partir de la información anterior nos sorprendió encontrar en esta investigación datos relevantes que en su mayoría no se encuentran en la teoría. A través de nuestro análisis pudimos conocer que en la adolescencia no solo está

presente la esquizofrenia de manera individual, sino que ésta puede ser originada por causas como la ansiedad y la autolesión, y que estas a su vez desarrollan perfiles de una personalidad psicopática, paranoia, manía e introversión social.

Debido a la investigación que realizamos nos atrevemos a ofrecer una lista de sugerencias con el fin de trabajar con la ansiedad presente en el adolescente, como método de prevención en el desarrollo de la autolesión y trastornos de la personalidad. Sin embargo, podemos encontrarnos con casos, como los encontrados en nuestra investigación, donde ya están presentes la ansiedad y la autolesión. Para ello también ofrecemos sugerencias de trabajo.

Retomando la conclusión a la que llegamos en base al análisis, cuantitativo cualitativo y la base teórica, se dan a continuación algunas sugerencias para poder trabajar con los adolescentes, sin embargo, están pensadas para la parte de prevención, porque de acuerdo a la teoría, la forma en que el adolescente enfrenta sus problemas depende en gran parte de lo que ha vivido antes o al inicio de su adolescencia. Por otra parte, consideramos recomendaciones para la intervención en los adolescentes con ansiedad y autolesión, en efecto, sugerimos comenzar con actividades para trabajar la ansiedad y posteriormente la autolesión, teniendo como punto de partida la frecuencia de la autolesión en los adolescentes, para lo cual se brindan algunas sugerencias desde la perspectiva familiar, escolar y terapéutica.

❖ **Sugerencias para la prevención de ansiedad y autolesión:**

Ya que no hay fórmulas que puedan impedir las secuelas de la adolescencia y sus complicaciones, sí es posible prevenirlas. Y para esto es necesario que los padres y maestros sean conscientes de los riesgos, comportamientos y actividades que realizan los jóvenes. Para lo cual retomaremos algunas sugerencias enfocadas al ámbito familiar que aporta Macias-Valadez (2008):

- **Ámbito Familiar:**

- ✓ Darle al niño espacio para su autonomía.

- ✓ Respetar la individualidad del niño; evitar usar de forma exagerada las órdenes e instrucciones.
- ✓ Evitar mensajes tales como: “si no sabes hacerlo, mejor no lo intentes”, “si tienes miedo, no lo hagas”, etc. Generalmente dados por padres ansiosos y que en consecuencia, pueden ser fuente de que la ansiedad aparezca en su (s) hijo (s).
- ✓ Evitar ser padres con expectativas muy bajas, y con la presencia de los siguientes mensajes: “no eres capaz de hacerlo, no confío en ti”, “mejor lo hago yo”, “te lo dije, necesitabas ayuda”, o con expectativas muy altas; padres imposibles de complacer y que utilizan mensajes como los siguientes: “yo esperaba más de ti”, “yo sé que tú rindes más que esto”, “me has decepcionado”.
- ✓ No tener una excesiva calidez emocional y positivismo: Muchos padres pensando que ayudan a sus hijos dan los siguientes mensajes: “eres lo máximo”, “te mereces tener todo lo que quieres”, “no te preocupes, yo te lo consigo”, etc. Evitan frustrarlos y rara vez les dicen: “No”. Cuando los hijos de estos padres ven que sus demandas no son satisfechas fuera del hogar sienten ansiedad (al ver amenazada su autoestima: “si no me lo da, significa que no soy valioso”) y luego sienten cólera (“no tiene derecho a hacerme esto, a negármelo”).
- ✓ Evitar comunicarse con los hijos desde el lenguaje de la desaprobación, el enjuiciamiento, la crítica y el rechazo.
- ✓ Se sugiere un hogar provisto de armonía, con ausencia de agresión (verbal o física). Existencia de diferenciación de roles, organización familiar, presencia de límites claros, padres que socialicen.
- ✓ Es importante que desde la infancia se puedan establecer valores más claros y congruentes a los niños, de parte de la familia y maestros. Ya que mucho de lo que aprenda en la edad del preescolar y primaria, lo ayudará en el desarrollo social a poder formar más fácilmente una independencia de juicio.

- ✓ Se han de mantener relaciones familiares estrechas, sin relajar la disciplina por la mayor edad del hijo o la hija.
- ✓ Presencia constante pero a distancia de los padres. Saber lo que los hijos hacen, donde y con quien se reúnen, pero sin interrogatorios inquisidores ni haciendo que se sientan como niños.
- ✓ Buena comunicación con la escuela aunque no directamente, sino mediante notas o escritos.
- ✓ Realizar alguna actividad o ingresar en un trabajo si el adolescente ha dejado la escuela.
- ✓ En la medida de lo posible, evitar las ocasiones de riesgo. Por ejemplo, al dejarlo solo en casa un fin de semana se corre el riesgo de que invite amigos, organice un festejo, salga toda la noche, etc.
- ✓ Si algo se le prohíbe, hacerle sentir que si de todos modos lo hace –y hacia los 17-18 años es difícil impedirselo-, el asumirá las consecuencias. Esta actitud incrementa el sentido de responsabilidad y la voluntad del adolescente.
- ✓ No relevarlo de sus obligaciones escolares, familiares, civiles y burocráticas con el pretexto de apoyarlo. Pero tampoco tratarlo como si fuera un niño a quien se le pide que asista a todas las reuniones familiares.
- ✓ Si hay duda en sus conductas, no proporcionarle los medios para que se independice más allá de sus posibilidades físicas y mentales. Por ejemplo, si ha demostrado irresponsabilidad, no darle mucho dinero, coche o permisos indiscriminados.
- ✓ No facilitarle, pero tampoco impedirle, una relación de pareja. Los adolescentes de uno y otro sexo tendrán que asumir cada vez más su responsabilidad en la relación con su pareja.

- **Ámbito Escolar:**

- ✓ El adolescente debe estar en un ambiente escolar o laboral adecuado.
- ✓ Poder establecer un tiempo en el día, donde los alumnos puedan expresar alguna situación por la que estén pasando, ya sea positiva o negativa para

ellos, con el fin de identificar a los alumnos que estén pasando por alguna situación que pueda desencadenar algún problema mayor, y se recomienda tomar mucho en cuenta a quienes se niegan a expresarlo.

❖ **Sugerencias para la intervención en adolescentes con presencia de ansiedad y autolesión:**

- **Ámbito familiar:**

AUTOLESIÓN

- ✓ No reaccionar de manera agresiva, no culparlo, regañarle o pegarle. Lo recomendable es tranquilizarse e interesarse en el problema; hablar con los chicos, escucharlos sin juzgar.
- ✓ Los padres deben brindar a su hijo cariño y atención. Es importante enseñarles cómo afrontar situaciones difíciles y mostrarles con el ejemplo que es el autocontrol.
- ✓ En caso de que los padres no puedan con determinada situación que le está afectando emocionalmente. Deben buscar ayuda profesional tan pronto como sea posible.
- ✓ Consideramos que la familia debe estar bien informada de lo que es la autolesión y sus posibles causas.
- ✓ Identificar con la familia las situaciones que pueden estar desencadenando las conductas Autolesivas.
- ✓ Propiciar un ambiente en el que el adolescente no lo hagan sentir culpable por autolesionarse.
- ✓ Tras un episodio autolesivo, es necesario apaciguar y brindar apoyo al adolescente.
- ✓ El castigo y la amenaza debe evitarse a toda costa.

- ✓ Asistir a terapia psicológica en cuanto observen a sus hijos que llevan a cabo la autolesión.
- ✓ Los padres deben estar conscientes de que las recaídas son normales en el territorio del cambio. Con amor y apoyo, deben hacer lo que puedan por orientarlo hacia una vida libre de autolesión.
- ✓ Los éxitos a corto plazo deben ser celebrados. A su vez, los padres deben explorar cuales de sus actitudes o conductas han contribuido a este triunfo.
 - **Ámbito Escolar:**

AUTOLESIÓN

- ✓ Se recomienda incluir a los adolescentes que se autolesionan en actividades de grupo, donde se realice una mejor integración y expresión de las emociones. De tal forma que al adolescente pueda observar que hay diversas formas de poder expresarse, teniendo plena libertad. Para ello el grupo donde se pretenda realizar debe estar consciente del propósito de las actividades.
- ✓ Se sugiere poder trabajar con el/los grupos de amigos donde se detecten los adolescentes que se autolesionan, para descartar la posibilidad de que sea una conducta parte del grupo. En caso de que se encuentre que la autolesión ya forma parte del grupo de amigos, se recomienda trabajar actividades de formar que puedan ayudarse mutuamente y puedan reportar las nuevas incidencias. También en caso de solo encontrar a un solo adolescente con autolesión en el grupo, se le pide su opinión para que sus amigos le puedan ayudar.
 - **Ámbito Terapéutico:**

ANSIEDAD

- ✓ Cuando se trabaja con adolescentes, se sugiere que los padres de éste, también formen parte del trabajo terapéutico.

- ✓ Brindar información y ayudar a entender a los padres el problema de ansiedad por el que está atravesando su hijo (el paciente). También es necesario expresar a los padres que es un ser que la mayor parte del tiempo le cuesta expresar su malestar con palabras, no sabe o no puede verbalizar el sufrimiento difuso que lo invade y es a nosotros, los adultos, a quienes nos compete soplarle las palabras que le faltan, traducirle el malestar que siente y que habría expresado él mismo si hubiera sabido reconocerlo. Soplarle las palabras, por cierto, pero con mucho tacto y sin que lo advierta, ayudarlo pero no ofenderlo. El adolescente no siempre sabe hablar de lo que siente porque no sabe identificar bien lo que siente.
- ✓ El terapeuta debe identificar la fuente de ansiedad, es decir, ya sea que se deba a estímulos externos (situaciones o hechos reales vividos por la persona) o a estímulos internos (pensamientos, ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes y como que rebalsan sus recursos para hacerles frente). Para de esta manera elegir el tratamiento adecuado.
- ✓ Se ayuda a que el adolescente exprese su ansiedad, los motivos y momentos en los que se encuentra ansioso, de manera que poco a poco vaya liberando aquello que suele callar.
- ✓ El adolescente tiene que estar funcionando en actividades prácticas, de manera que a través de ella (s) libere su ansiedad. Se recomendará el deporte, el juego, el arte; según cada adolescente y su personalidad.

ES ÚTIL TRABAJAR LA ANSIEDAD CON LA TERAPIA CONGNITIVO-CONDUCTUAL:

- ✓ Enseñar al paciente a distinguir entre tensión y relajación y a que desarrolle control de sus síntomas físicos. Mediante técnicas de relajación, estas tienen que practicarse consecutivamente, de manera que se trabajen dentro de las sesiones y en el hogar.
- ✓ Ayudar al paciente a darse cuenta de que un problema tiene más de una solución. A generar diversas alternativas de solución frente a un problema,

analizar los pros y contras de cada alternativa, aplicar las mejores alternativas de solución y evaluar el resultado obtenido.

- ✓ *Entrenamiento asertivo:* Se enseña al paciente a desarrollar conductas asertivas (no pasivas ni agresivas) y habilidades sociales que lo ayuden a enfrentar adecuadamente una situación evaluada como peligrosa.

- ✓ *Utilizar técnicas de distracción:* Se busca que el paciente deje de enfocar su atención en la situación que percibe como amenazante/situación temida y más bien la dirija a cualquier otro estímulo (externo o interno). Ejemplo: prestar atención al paisaje, a la decoración del lugar, contar, rezar, imaginarse situaciones agradables, planificar actividades, etc.

- ✓ *Entrenamiento en auto instrucciones:* Identificar los pensamientos negativos que tiene el paciente (pensamientos que fomentan su ansiedad y le impiden afrontarla) y reemplazarlos por pensamientos positivos que lo ayuden a enfrentar exitosamente su ansiedad.

- ✓ *Reestructuración cognitiva:* Ayudar al paciente a tomar conciencia de la relación directa que existe entre sus cogniciones (pensamientos y creencias) y sus emociones y conductas. Se le enseña a identificar pensamientos distorsionados y creencias irracionales responsables de su problema de ansiedad, a revisarlos o cuestionarlos para determinar su grado de lógica, validez y funcionalidad, y finalmente a cambiarlos por otras cogniciones que se ajusten a la realidad y lo ayuden a superar su problema de ansiedad. No es un simple reemplazo de pensamientos sino un cambio profundo y real de sus cogniciones.

- ✓ *Técnicas de exposición:* Fomentar que el paciente se exponga a la situación temida sin presentar conductas de escape ni de evitación. Al enfrentarlas tomará conciencia de que la ansiedad experimentada es irracional en la medida de que no se cumplen sus predicciones catastróficas (no ocurre nada peligroso ni que desborde su capacidad para enfrentarlo). Antes de aplicarlas se requiere haber entablado un vínculo de confianza entre terapeuta y paciente y haber trabajado otras técnicas de manejo de la

ansiedad que utilizará durante la exposición. La exposición se puede hacer en vivo o imaginaria, asimismo puede ser gradual o no gradual. Incluso, en esta técnica es recomendable utilizar la “desensibilización sistemática”, de manera que el paciente vaya lidiando paulatinamente con la fuente generadora de su ansiedad.

- ✓ Es recomendable que el paciente practique en su vida cotidiana las diferentes estrategias y herramientas aprendidas en consultorio para asegurarnos un éxito sostenido del tratamiento.

AUTOLESIÓN

- ✓ Muchos pueden pensar que el mejor tratamiento para la autolesión es la hospitalización o la medicación, aunque el medicamento quizá pueda reducir la frecuencia de autolesión, no sería capaz de disminuir los conflictos personales que afrontan los autolesionadores. Por ello es que se recomienda la intervención psicológica.
- ✓ Se debe tener una relación terapéutica positiva, para proveer el espacio para un cambio conductual.
- ✓ El terapeuta debe evitar, reforzar la conducta no adaptativa, la actitud crítica e intolerante hacia los pacientes, los juicios negativos sobre la función de la conducta autolesiva.
- ✓ Se recomienda enfocarse a tratamientos para el desarrollo de habilidades de tolerancia al estrés, habilidades de regulación emocional, estrategias de resolución de problemas y de control de impulsos. Considerando que a menudo los adolescentes que se autolesionan, muestran limitadas habilidades de resolución de problemas.
- ✓ Como la formación de la identidad es un proceso donde esta presente la ansiedad, se sugiere que desde el inicio de la adolescencia se comience a

realizar una planeación o proyecto de vida, donde continuamente se este formulando objetivos, y será necesario que se refuerce por medio de los maestros y padres de familia para que el adolescente se sienta motivado a llevarlo a cabo.

- ✓ Que los padres de los adolescentes reciban continuamente información del proceso desarrollo por el cual su hijo esta atravesando, y que reconozcan los aspectos en los cuales, ellos como padres, necesita modificar ante sus hijos. Con el fin de poder establecer adecuadamente el rol de actividades que pueden desarrollar los adolescentes, y evitar tratarlos como niños o como adultos totalmente.

ANEXOS

ANEXO 1



SXE

IDARE
Inventario de Autoevaluación
por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

ANEXO 2

Instrumento Aplicado



CUESTIONARIO DE AUTOLESIÓN

Adriana Reyes Flores
Ana Karen Rojas Inclán
UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
Licenciatura en Psicología

FOLIO: _____

NÚMERO DE PRUEBA: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Grado: _____ Grupo: _____

OBJETIVO: Identificar la actitud que usted tiene respecto a las autolesiones.

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- Responda según lo primero que venga a tu mente.
- Responda a cada uno de los ítems (frases), marcando con una X según la opción que se aplica más a su caso, de acuerdo a la siguiente escala:

TD= Totalmente en Desacuerdo

D= Desacuerdo

A= Acuerdo

TA= Totalmente de Acuerdo

-Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

Conteste a todos los ítems.

Nota: Los datos que aquí se manejan son totalmente confidenciales (privados) y con uso exclusivo de estudio.

Ejemplo:

	TD	D	A	TA	
1.- Lo más importante de una familia es la comunicación	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	C

Según la opción seleccionada en este ítem, la persona señala que esta Totalmente de Acuerdo (TA) en que "Lo más importante de una familia es la comunicación".

I. Actitudes

	TD	D	A	TA	
1.- Creo que una persona cuando se siente triste, lo que hace es platicar con un familiar para sentirse bien.	3	2	1	0	B
2.- Lo que hace un joven respecto a sus padres cuando estos lo regañan en casa, es dejarles de hablar.	3	2	1	0	C
3.- Cuando el nombre de una persona significa algo importante para otra, lo que podría hacer es realizarle un dibujo con su nombre.	3	2	1	0	B
4.- Cuando un individuo se siente nervioso, utiliza como mejor medio para tranquilizarse el herirse (cortarse) los brazos.	0	1	2	3	A

5.-Las personas que llegan a quemarse, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3	A
6.-La curiosidad es el principal motivo por el que una persona puede abrirse una herida que esta a punto de cerrar, ya sea con las uñas o con otro objeto.	0	1	2	3	A
7.- Las personas cuando se sienten solas acuden a sus amigos.	3	2	1	0	B
8.-Lo que las personas pueden hacer cuando se sienten solas es no hablarle a nadie y quedarse en casa.	3	2	1	0	C
9.-Siento un vacío dentro de mí.	0	1	2	3	C
10.- Cuando los jóvenes se sienten presionados al estar estudiando para los exámenes de la escuela, lo que podrían hacer para sentirse bien es salir a tomar aire.	3	2	1	0	B
11.-El fin con el que los jóvenes llegan a quemarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3	A
12.-Por accidente un joven puede herir su cuerpo (por ejemplo: brazos y piernas).	3	2	1	0	C
13.-Alguien elimina su tristeza cortándose en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3	A
14. Después de un regaño de los padres, la mejor solución es llegar a un acuerdo con ellos.	3	2	1	0	B
15.- Los jóvenes se marcan el nombre de una persona muy significativa en alguna parte del cuerpo con una navaja o aguja.	0	1	2	3	A
16.- Es vergonzoso que las personas platiquen a otros sus problemas.	0	1	2	3	C
17.- La solución para que alguien se tranquilice cuando se siente nervioso es respirar tranquila y profundamente.	3	2	1	0	B
18.- Abrirse una herida que esta a punto de cerrar, ya sea con las uñas o con otro objeto se debe a que la persona se siente bien haciéndolo.	0	1	2	3	A
19.- Lo que un individuo puede hacer cuando se siente solo es refugiarse en su cuarto.	3	2	1	0	C
20.- Para disminuir la presión ejercida por la presencia de exámenes escolares la opción es salir a platicar un momento con los papás.	3	2	1	0	B
21.-El pertenecer a un grupo de amigos es un fin importante para que los jóvenes lleguen al grado de cortarse alguna (s) parte (s) de su cuerpo.	0	1	2	3	A
22.-La mejor solución para cuando una persona se siente triste es lastimarse alguna (s) parte de su cuerpo (cortándose brazos o piernas).	0	1	2	3	A
23.- En casa tengo a personas que me escuchan y se interesan por mis logros, errores, tristezas.	3	2	1	0	B
24.- Lo que puede hacer una persona para sentirse bien cuando se siente triste es llorar todo el día.	3	2	1	0	C
25.- Hay quienes eliminan su tristeza quemándose en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3	A
26.- La mejor solución para una persona que se siente triste es hacerse amigo de su familia.	3	2	1	0	B
27.- Me siento vivo.	3	2	1	0	B
28.-Cuando el nombre de una persona es muy significativo para otra, lo mejor que ésta puede hacer es un grafiti en la pared con mencionado nombre.	3	2	1	0	B
29. Cuando las personas se encuentran enojadas, utilizan como medio para tranquilizarse el gritarle a otros.	3	2	1	0	C
30.-Por accidente las personas pueden abrirse una herida que esta a punto de cerrar, utilizando las uñas o algún otro objeto.	0	1	2	3	A
31.- La solución para las personas que se sienten solas es quedarse en su cuarto y cortarse para sentirse mejor.	0	1	2	3	A
32.- Expreso mis problemas con alguien de confianza.	3	2	1	0	B
33.-Cuando me siento presionado por asuntos escolares, me golpeo en la pared.	0	1	2	3	A
34.- Para disminuir su ira, las personas pueden quemarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
35.- La razón por la que algunos jóvenes acceden a cortarse alguna (s) parte (s) de su cuerpo es para entretenerse y no aburrirse.	0	1	2	3	A
36.-La solución cuando se tienen problemas constantes con la familia es salirse de casa muy molesto.	3	2	1	0	C
37.- El fin con el que los jóvenes llegan a cortarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3	A
38.-Los individuos que no tienen amigos se llegan a cortar alguna (s) parte (s) de su cuerpo con una navaja o algún otro objeto.	0	1	2	3	A
39.-Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3	A

40.- Existe alguna (s) situación (es) del pasado por la que siento culpa o tristeza.	0	1	2	3	A
41.-Creo que existen personas que recurren a cortarse, quemarse o golpearse a si mismos para sentirse bien.	0	1	2	3	A
42.-Las personas que recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose tienen algún problema.	0	1	2	3	A
43.-Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con la familia.	0	1	2	3	A
44.-Conozco a algún compañero, amigo de mi salón de clases que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3	A
45.-Es más fácil lidiar con el dolor físico que con el dolor emocional.	0	1	2	3	A
46.- Es vergonzoso que las personas platiquen a otros sus tristezas.	0	1	2	3	C
47.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los maestros.	0	1	2	3	A
48.- Me siento feliz.	3	2	1	0	B
49.- Me es difícil lidiar con emociones que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3	A
50.-Cuando tengo problemas con mi familia, los soluciono junto con ellos.	3	2	1	0	B
51.- El fin con el que los jóvenes llegan a marcarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3	A
52.-Lo que un individuo puede hacer cuando se siente solo es llorar.	3	2	1	0	C
53.- Para disminuir su ira, las personas pueden cortarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
54.- Me caracterizo por no contar aquello que me hace sentir solo.	0	1	2	3	A
55.-La mejor solución para una persona que no tiene amigos es hacerse amigo de su familia.	3	2	1	0	B
56.-El ya no encontrar una mejor opción para sentirse bien, es la razón por la que las personas llegan a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose, etc.	0	1	2	3	A
57.- Expreso mis tristezas con alguien de confianza.	3	2	1	0	B
58.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los amigos.	0	1	2	3	A
59.-Cortarse, quemarse, golpearse el cuerpo es la mejor solución cuando se tienen problemas con la familia.	0	1	2	3	A
60.- Las personas cuando se sienten solas acuden a un familiar.	3	2	1	0	B
61.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden marcarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
62.- Me es difícil lidiar con situaciones que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3	A
63.-Me siento solo.	0	1	2	3	A
64.-Mi cuerpo merece ser herido porque no soy buena persona.	0	1	2	3	A
65 Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja o algún otro objeto cortándose, quemándose o golpeándose; lo hacen porque tienen algún problema emocional.	3	2	1	0	A
66.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es en la escuela.	0	1	2	3	A
67.- Me siento pleno.	3	2	1	0	B
68.-Las personas que llegan a golpearse a si mismas, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3	A
69.-El pertenecer a un grupo de amigos es un fin importante para que los jóvenes lleguen al grado de quemarse alguna (s) parte (s) de su cuerpo.	0	1	2	3	A
70.-Aquellas personas que recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose lo hacen con la intención de quitarse la vida.	0	1	2	3	A
71.-La mejor solución para cuando una persona se siente sola es lastimarse alguna (s) parte de su cuerpo (cortándose brazos o piernas).	0	1	2	3	A
72.- Expreso mis soledades con alguien de confianza.	3	2	1	0	B
73.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden quemarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
74.- Me caracterizo por no contar aquello que me entristece.	0	1	2	3	A
75.- He llegado a pensar en herirme físicamente pero no lo he hecho.	0	1	2	3	A
76.-Los individuos que se sienten tristes se llegan a cortar alguna (s) parte (s) de su cuerpo con una navaja o algún otro objeto.	0	1	2	3	A
77.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con la/el novio (a).	0	1	2	3	A

78.-Tengo a un amigo en mi salón de clases que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3	A
79. Cuando las personas se encuentran nerviosas, utilizan como medio para tranquilizarse el gritarle a otros.	3	2	1	0	C
80.-Cuando me siento presionado por asuntos escolares, me jalo o arranco el cabello.	0	1	2	3	A
81.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden cortarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
82.-Alguien elimina su tristeza marcándose con un objeto cortante en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3	A
83.- Es vergonzoso que las personas platiquen a otros sus soledades.	0	1	2	3	A
84.- Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja o algún otro objeto cortándose, quemándose o golpeándose; merecen ser ayudados.	3	2	1	0	B
85.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los compañeros.	0	1	2	3	A
86.-Golpearse en la pared es la mejor alternativa que un joven puede encontrar cuando es regañado en casa por sus padres.	0	1	2	3	A
87.- Me es difícil lidiar con pensamientos que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3	A
88.- Sólo yo sé lo que siento y me pasa.	0	1	2	3	A
89.-Lo que las personas pueden hacer cuando no tienen amigos es no hablarle a nadie y quedarse en casa.	3	2	1	0	C
90.- Para disminuir su ira, las personas pueden marcarse con un objeto cortante alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	A
91.-Tengo a un amigo de mi edad que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3	A
92.-Las personas después de herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose lograrán encontrar paz y calma.	0	1	2	3	A
93.- Algunos de mis amigos me han dicho que cortarse puede hacerme sentir menos triste o enojado.	0	1	2	3	A

II. Aspectos generales

A continuación se te presenta una serie de preguntas que tienen como finalidad conocer tus propios puntos de vista. Recuerda que debes ser sincero, ten la seguridad de que tus respuestas serán confidenciales y que su único propósito es como elemento de información para la presente investigación.

a) Si te has llegado a herir físicamente de manera intencional en algún momento de tu vida, contesta lo siguiente:

1.- ¿Qué motivos te han conducido a herirte físicamente de manera intencional?

2.- Describe la forma de como lo has hecho:

b) Si no te has llegado a herir físicamente de manera intencional, contesta lo siguiente:

1.- ¿Que opinas de las personas que encuentran como solución a sus problemas el herirse físicamente de manera intencional?

2.- ¿En algún momento de tu vida has llegado a pensar en herirte físicamente? Sí _____ No _____
 ¿Por qué motivo?

ANEXO 3

Instrumento Final



CUESTIONARIO DE AUTOLESIÓN

Adriana Reyes Flores
 Ana Karen Rojas Inclán
 UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
 Licenciatura en Psicología

FOLIO: _____
 NÚMERO DE PRUEBA: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____
 Grado: _____ Grupo: _____

OBJETIVO: Identificar la actitud que usted tiene respecto a las autolesiones.

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR AL CUESTIONARIO

- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- Responda según lo primero que venga a tu mente.
- Responda a cada uno de los ítems (frases), marcando con una X según la opción que se aplica más a su caso, de acuerdo a la siguiente escala:
TD= Totalmente en Desacuerdo
D= Desacuerdo
A= Acuerdo
TA= Totalmente de Acuerdo

-Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.
 Conteste a todos los ítems.
 Nota: Los datos que aquí se manejan son totalmente confidenciales (privados) y con uso exclusivo de estudio.

Ejemplo:

	TD	D	A	TA
1.- Lo más importante de una familia es la comunicación	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

Según la opción seleccionada en este ítem, la persona señala que esta Totalmente de Acuerdo (TA) en que "Lo más importante de una familia es la comunicación".

A) Actitudes hacia la autolesión

	TD	D	A	TA
1.- Cuando un individuo se siente nervioso, utiliza como mejor medio para tranquilizarse el herirse (cortarse) los brazos.	0	1	2	3

2.-Las personas que llegan a quemarse, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3
3.-La curiosidad es el principal motivo por el que una persona puede abrirse una herida que esta a punto de cerrar, ya sea con las uñas o con otro objeto.	0	1	2	3
4.-El fin con el que los jóvenes llegan a quemarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3
5.-Alguien elimina su tristeza cortándose en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3
6.- Los jóvenes se marcan el nombre de una persona muy significativa en alguna parte del cuerpo con una navaja o aguja.	0	1	2	3
7.- Abrirse una herida que esta a punto de cerrar, ya sea con las uñas o con otro objeto se debe a que la persona se siente bien haciéndolo.	0	1	2	3
8.-El pertenecer a un grupo de amigos es un fin importante para que los jóvenes lleguen al grado de cortarse alguna (s) parte (s) de su cuerpo.	0	1	2	3
9.-La mejor solución para cuando una persona se siente triste es lastimarse alguna (s) parte de su cuerpo (cortándose brazos o piernas).	0	1	2	3
10.- Hay quienes eliminan su tristeza quemándose en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3
11.-Por accidente las personas pueden abrirse una herida que esta a punto de cerrar, utilizando las uñas o algún otro objeto.	0	1	2	3
12.- La solución para las personas que se sienten solas es quedarse en su cuarto y cortarse para sentirse mejor.	0	1	2	3
13.-Cuando me siento presionado por asuntos escolares, me golpeo en la pared.	0	1	2	3
14.- Para disminuir su ira, las personas pueden quemarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
15.- La razón por la que algunos jóvenes acceden a cortase alguna (s) parte (s) de su cuerpo es para entretenerse y no aburrirse.	0	1	2	3
16.- El fin con el que los jóvenes llegan a cortarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3
17.-Los individuos que no tienen amigos se llegan a cortar alguna (s) parte (s) de su cuerpo con una navaja o algún otro objeto.	0	1	2	3
18.-Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3
19.- Existe alguna (s) situación (es) del pasado por la que siento culpa o tristeza.	0	1	2	3
20.-Creo que existen personas que recurren a cortarse, quemarse o golpearse a si mismos para sentirse bien.	0	1	2	3
21.-Las personas que recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose tienen algún problema.	0	1	2	3
22.-Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con la familia.	0	1	2	3
23.-Conozco a algún compañero, amigo de mi salón de clases que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3
24.-Es más fácil lidiar con el dolor físico que con el dolor emocional.	0	1	2	3
25.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los maestros.	0	1	2	3
26.- Me es difícil lidiar con emociones que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3
27.- El fin con el que los jóvenes llegan a marcarse una parte de su cuerpo es para sentir placer momentáneo.	0	1	2	3
28.- Para disminuir su ira, las personas pueden cortarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
29.- Me caracterizo por no contar aquello que me hace sentir solo.	0	1	2	3
30.-El ya no encontrar una mejor opción para sentirse bien, es la razón por la que las personas llegan a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose, etc.	0	1	2	3
31.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los amigos.	0	1	2	3
32.-Cortarse, quemarse, golpearse el cuerpo es la mejor solución cuando se tienen problemas con la familia.	0	1	2	3
33.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden marcarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
34.- Me es difícil lidiar con situaciones que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3
35.-Me siento solo.	0	1	2	3
36.-Mi cuerpo merece ser herido porque no soy buena persona.	0	1	2	3

37.- Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja o algún otro objeto cortándose, quemándose o golpeándose; lo hacen porque tienen algún problema emocional.	3	2	1	0
38.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es en la escuela.	0	1	2	3
39.-Las personas que llegan a golpearse a sí mismas, lo hacen porque sus amigos le dicen que lo haga.	0	1	2	3
40.-El pertenecer a un grupo de amigos es un fin importante para que los jóvenes lleguen al grado de quemarse alguna (s) parte (s) de su cuerpo.	0	1	2	3
41.-Aquellas personas que recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose lo hacen con la intención de quitarse la vida.	0	1	2	3
42.-La mejor solución para cuando una persona se siente sola es lastimarse alguna (s) parte de su cuerpo (cortándose brazos o piernas).	0	1	2	3
43.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden quemarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
44.- Me caracterizo por no contar aquello que me entristece.	0	1	2	3
45.- He llegado a pensar en herirme físicamente pero no lo he hecho.	0	1	2	3
46.-Los individuos que se sienten tristes se llegan a cortar alguna (s) parte (s) de su cuerpo con una navaja o algún otro objeto.	0	1	2	3
47.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con la/el novio (a).	0	1	2	3
48.-Tengo a un amigo en mi salón de clases que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3
49.-Cuando me siento presionado por asuntos escolares, me jalo o arranco el cabello.	0	1	2	3
50.- Para disminuir su tristeza, las personas pueden cortarse alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
51.-Alguien elimina su tristeza marcándose con un objeto cortante en alguna parte de su cuerpo.	0	1	2	3
52.- Es vergonzoso que las personas platicuen a otros sus soledades.	0	1	2	3
53.- Cuando los individuos recurren a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose es porque su principal problema es con los compañeros.	0	1	2	3
54.-Golpear en la pared es la mejor alternativa que un joven puede encontrar cuando es regañado en casa por sus padres.	0	1	2	3
55.- Me es difícil lidiar con pensamientos que siento que me sobrepasan.	0	1	2	3
56.- Sólo yo sé lo que siento y me pasa.	0	1	2	3
57.- Para disminuir su ira, las personas pueden marcarse con un objeto cortante alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3
58.-Tengo a un amigo de mi edad que recurre a herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose.	0	1	2	3
59.-Las personas después de herir su cuerpo cortándose, quemándose o golpeándose lograrán encontrar paz y calma.	0	1	2	3
60.- Algunos de mis amigos me han dicho que cortarse puede hacerme sentir menos triste o enojado.	0	1	2	3

B) Actitudes hacia el afrontamiento positivo

	TD	D	A	TA
1.- Creo que una persona cuando se siente triste, lo que hace es platicar con un familiar para sentirse bien.	3	2	1	0
2.- Cuando el nombre de una persona significa algo importante para otra, lo que podría hacer es realizarle un dibujo con su nombre.	3	2	1	0
3.- Las personas cuando se sienten solas acuden a sus amigos.	3	2	1	0
4.- Cuando los jóvenes se sienten presionados al estar estudiando para los exámenes de la escuela, lo que podrían hacer para sentirse bien es salir a tomar aire.	3	2	1	0
5. Después de un regaño de los padres, la mejor solución es llegar a un acuerdo con ellos.	3	2	1	0
6.- La solución para que alguien se tranquilice cuando se siente nervioso es respirar tranquila y profundamente.	3	2	1	0
7.- Para disminuir la presión ejercida por la presencia de exámenes escolares la opción es salir a	3	2	1	0

platicar un momento con los papás.				
8.- En casa tengo a personas que me escuchan y se interesan por mis logros, errores, tristezas.	3	2	1	0
9.- La mejor solución para una persona que se siente triste es hacerse amigo de su familia.	3	2	1	0
10.- Me siento vivo.	3	2	1	0
11.- Cuando el nombre de una persona es muy significativo para otra, lo mejor que ésta puede hacer es un grafiti en la pared con mencionado nombre.	3	2	1	0
12.- Expreso mis problemas con alguien de confianza.	3	2	1	0
13.- Me siento feliz.	3	2	1	0
14.- Cuando tengo problemas con mi familia, los soluciono junto con ellos.	3	2	1	0
15.- La mejor solución para una persona que no tiene amigos es hacerse amigo de su familia.	3	2	1	0
16.- Expreso mis tristezas con alguien de confianza.	3	2	1	0
17.- Las personas cuando se sienten solas acuden a un familiar.	3	2	1	0
18.- Me siento pleno.	3	2	1	0
19.- Expreso mis soledades con alguien de confianza.	3	2	1	0
20.- Las personas que llegan a herir su cuerpo con una navaja o algún otro objeto cortándose, quemándose o golpeándose; merecen ser ayudados.	3	2	1	0

C) Actitudes hacia el afrontamiento negativo

	TD	D	A	TA
1.- Lo que hace un joven respecto a sus padres cuando estos lo regañan en casa, es dejarles de hablar.	3	2	1	0
2.- Lo que las personas pueden hacer cuando se sienten solas es no hablarle a nadie y quedarse en casa.	3	2	1	0
3.- Siento un vacío dentro de mí.	0	1	2	3
4.- Por accidente un joven puede herir su cuerpo (por ejemplo: brazos y piernas).	3	2	1	0
5.- Es vergonzoso que las personas platiquen a otros sus problemas.	0	1	2	3
6.- Lo que un individuo puede hacer cuando se siente solo es refugiarse en su cuarto.	3	2	1	0
7.- Lo que puede hacer una persona para sentirse bien cuando se siente triste es llorar todo el día.	3	2	1	0
8.- Cuando las personas se encuentran enojadas, utilizan como medio para tranquilizarse el gritarle a otros.	3	2	1	0
9.- La solución cuando se tienen problemas constantes con la familia es salirse de casa muy molesto.	3	2	1	0
10.- Es vergonzoso que las personas platiquen a otros sus tristezas.	0	1	2	3
11.- Lo que un individuo puede hacer cuando se siente solo es llorar.	3	2	1	0
12.- Cuando las personas se encuentran nerviosas, utilizan como medio para tranquilizarse el gritarle a otros.	3	2	1	0
13.- Lo que las personas pueden hacer cuando no tienen amigos es no hablarle a nadie y quedarse en casa.	3	2	1	0

D) Aspectos generales

A continuación se te presenta una serie de preguntas que tienen como finalidad conocer tus propios puntos de vista. Recuerda que debes ser sincero, ten la seguridad de que tus respuestas serán confidenciales y que su único propósito es como elemento de información para la presente investigación.

a) Si te has llegado a herir físicamente de manera intencional en algún momento de tu vida, contesta lo siguiente:

1.- ¿Qué motivos te han conducido a herirte físicamente de manera intencional?

2.- Describe la forma de como lo has hecho:

b) Si no te has llegado a herir físicamente de manera intencional, contesta lo siguiente:

1.- ¿Que opinas de las personas que encuentran como solución a sus problemas el herirse físicamente de manera intencional?

2.- ¿En algún momento de tu vida has llegado a pensar en herirte físicamente? Sí _____ No _____
¿Por qué motivo?

ANEXO 4

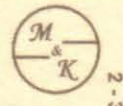
C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
F																														
C	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
F																														
C	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
F																														
C	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
F																														
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
F																														
C	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
F																														
C	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
F																														
C	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
F																														
C	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
F																														
C	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
F																														
C	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
F																														
C	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
F																														
C	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
F																														
C	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
F																														
C	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
F																														
C	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
F																														
C	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
F																														
C	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
F																														
C	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566				
F																														

Nombre (letra de molde) _____
 Escuela o Instituto Psicológico _____
 Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____
 Dirección _____ Años escolares cumplidos _____
 No. _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

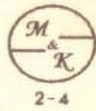


Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley
 Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez



HOJA DE RESPUESTA
 2 - 3

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

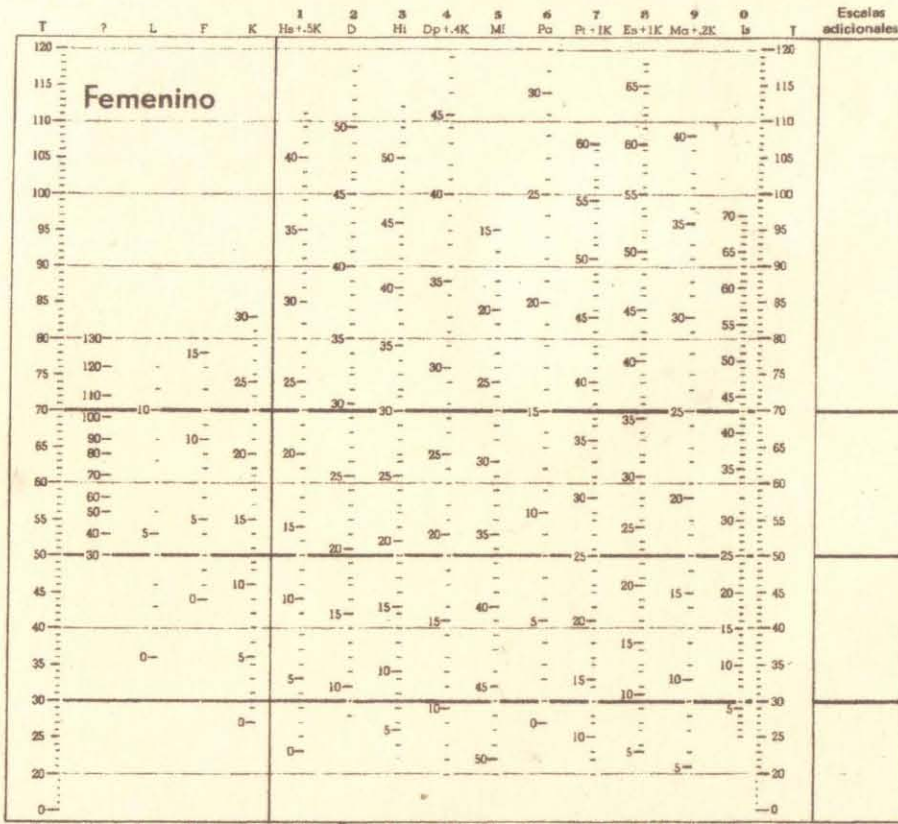
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	.5	.4	.3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____

Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

2-4



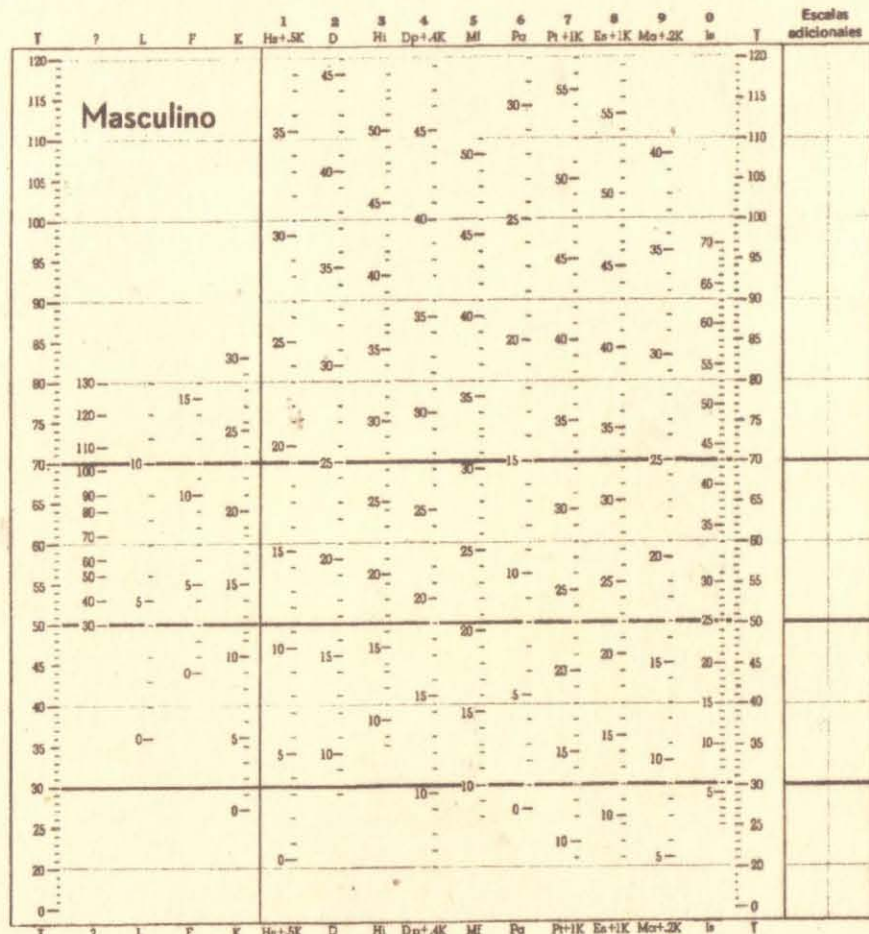
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Escala
adicional

Fraciones K

K	.5	.4	.3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
25	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntuación natural _____
 Agregar factor K _____
 Puntuación corregida _____

Firma

Fecha

ANEXO 5

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
AutoA56	.699	.018	.074
AutoA76	.674	.108	.063
AutoA73	.654	.168	.275
AutoA90	.642	.224	.296
AutoA70	.632	.018	.028
AutoA81	.628	.183	.230
AutoA82	.623	.363	.144
AutoA41	.602	.122	.056
AutoA66	.597	-.151	-.033
AutoA53	.585	.237	.261
AutoA69	.579	-.174	.121
AutoA37	.573	.158	.036
AutoA92	.560	.217	.150
AutoA61	.558	.199	.335
AutoA68	.550	-.072	-.015
AutoA43	.543	-.020	-.115
AutoA13	.537	.185	.294
AutoA85	.535	-.082	-.097
AutoA77	.533	-.099	.048
AutoA18	.525	.094	.174
AutoA71	.524	.299	.153
AutoA39	.523	-.039	.201
AutoA51	.520	-.016	.042
AutoA78	.505	.203	-.090
AutoA93	.500	.156	-.115
AutoA91	.487	.203	.030
AutoA62	.475	-.131	.320
AutoA59	.468	.126	.206
AutoA25	.455	-.032	.162
AutoA38	.455	.226	.211
AutoA42	.450	-.197	-.244
AutoA44	.438	.147	-.104
AutoA11	.437	.178	.142
AutoA35	.430	.007	.219

AutoA30	.427	-.041	.241
AutoA80	.420	.136	.152
AutoA58	.407	-.100	.225
AutoA75	.403	.141	.251
AutoA15	.399	.155	.309
AutoA86	.384	.116	.317
AutoA65	.369	-.112	-.247
AutoA87	.358	-.024	.325
AutoA49	.358	-.056	.283
AutoA21	.317	.084	.309
AutoB7	-.316	.290	-.029
AutoA54	.312	-.108	.020
AutoA5	.310	-.162	.291
AutoA47	.251	.109	.046
AutoC2	-.209	-.146	-.186
AutoA74	.187	.106	-.142
AutoB50	.083	.688	.239
AutoB72	.060	.627	.228
AutoB26	.035	.624	.005
AutoB27	.024	.579	.127
AutoB57	-.148	.554	.139
AutoB48	.094	.541	.177
AutoB60	.163	.524	.077
AutoA22	.210	.524	.277
AutoB55	.086	.508	-.055
AutoB67	.107	.506	.129
AutoB14	-.049	.491	.092
AutoB23	.243	.456	.116
AutoA31	.316	.431	.274
AutoA64	.260	.426	.145
AutoB32	-.262	.371	.283
AutoA83	.197	.315	.093
AutoB20	-.113	.310	.095
AutoB3	-.074	.308	-.148
AutoB17	.020	.290	.140
AutoB28	-.206	.288	-.102
AutoA45	.229	.256	.035
AutoC12	.154	.256	-.201
AutoA88	.064	.241	-.004

AutoB1	.054	.188	.069
AutoB10	-.031	.157	-.061
AutoC8	-.027	.225	-.660
AutoC89	-.058	-.061	-.610
AutoC19	-.067	-.167	-.596
AutoC29	-.155	-.089	-.504
AutoC24	.011	-.101	-.473
AutoC52	-.129	.003	-.456
AutoC79	-.153	-.036	-.422
AutoA4	.349	.279	.413
AutoC36	-.105	-.039	-.384
AutoA34	.376	.272	.378
AutoC16	.008	-.181	-.373
AutoA33	.033	.126	.342
AutoA6	.234	.123	.333
AutoA63	.250	.269	.314
AutoA40	.284	.139	.308
AutoC46	-.007	-.237	-.268
AutoC9	-.066	-.182	-.265
AutoB84	-.078	.109	.241

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

Allport, W. Gordon. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

_____. (1986). *La personalidad*. Barcelona (España): Herder.

Berk, Laura E. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. (4ª. ed.). Madrid: Prentice Hall.

Bermúdez, José M. (1997). *Psicología de la personalidad*. (5ª. ed.). España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Bischof, Ledford J. (2007). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. México: Trillas.

Caiber, C. S. y Scheier, M. F. (1997). *Teorías de la personalidad*. (1ª. ed.). México: Prentice Hall.

Cloninger, Susan C. (2003). *Teorías de la personalidad*. (3ª. ed.). México: Prentice Hall.

Coleman, J.C. y Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. (4ª. ed.). Madrid: Morata.

Coon, Dennis. (2005). *Psicología*. (10ª. ed.). México: Thomson.

Cozby, Paul C. (2005). *Métodos de Investigación del Comportamiento*. (8ª. ed.). México: McGraw-Hill.

Craig, Grace J. y Baucum, Don. (2001). *Desarrollo Psicológico*. (8ª. ed.). México: Pearson Educación.

De la Fuente, Ramón. (1992). *Psicología medica*. (2ª. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

Di caprio, Nicholas S. (1989). *Teorías de la personalidad*. (2ª. ed.). México: McGraw Hill.

Diccionario de Psicología y Pedagogía. (2004). Edo. de México: Euroméxico.

Echeburúa, O. Enrique. (1996). *Personalidades violentas.* Madrid: Pirámide.

Eysenck, H.J. y Eysenck, M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales.* Madrid: Pirámide.

Fize, Michel. (2007). *Los adolescentes.* (1ª. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

Flores, R. Roberto. (2006). Manual para el instructor del curso-taller para adolescentes. Toluca (México): Unidad de Comunicación Social del DIFEM.

Garaigordobil, L. Maite. (2008). *Intervención Psicológica con adolescentes.* (2ª. ed.). Madrid: Pirámide.

González, R. Marissa, et al. (2008). *Taller de desarrollo humano I.* (2ª. ed.). México: Trillas: UDEM.

Hernández, S. Roberto. (2010). *Metodología de la investigación.* (5ª. ed.). México: McGraw Hill.

Horrocks, John E. (2008). *Psicología de la adolescencia.* México: Trillas.

Jersild T. Arthur. (1972). *Psicología de la adolescencia.* (1ª. ed.). España: Aguilar.

Jourard, S.M. y Landsman, Ted. (2005). *La personalidad saludable: El punto de vista de la psicología humanística.* (10ª. Reimp.). México: Trillas.

Macías –Valadez Tamayo, Guido. (2008). *Ser adolescente.* (2ª ed.). México: Trillas.

Meza, L. Daniela. (2010). *Autolesión sin intencionalidad suicida: el afrontamiento del dolor emocional a través de las heridas.* Tesina. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Moreno, Kena. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones.* México, D.F.: Centro de Integración Juvenil, A.C.

Nasio, J. D. (2011). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos para padres y profesionales*. (1ª. ed.). Buenos Aires: Paidós.

Núñez, Rafael. (1979). *Aplicación del Inventario Mutifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología*. México: Manual Moderno.

Osio, E. Jennifer. (2006). *Diferencias en el Perfil Psicológico Registrado con el Inventario Mutifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2), en sujetos con adicción al alcohol, al tabaco y abstemios*. Tesina. México, D.F.: Colegio Partenón S.C.

Papalia, Diane E. et al. (2005). *Desarrollo humano*. (9ª. ed.). México, D.F.: Mc Graw-Hill.

Rau Ferguson, L. (1979). *Desarrollo de la Personalidad*. México D.F.: Manual Moderno.

Roca, B. Miquel. (2010). *Trastorno de la personalidad*. (2ª. reimp.). Barcelona (España): Ars Médica.

Teicher, Manfredo. (2003). *La aventura adolescente*. (1ª. ed.). Buenos Aires: Lumen.