

978-607-
97
Barcelona

Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples

Blanca Estela Barcelata Eguiarte



Manual Moderno®



ADAPTACIÓN Y RESILIENCIA ADOLESCENTE EN CONTEXTOS MÚLTIPLES





EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
Ciudad de México

Editorial El Manual Moderno (Colombia) S. A. S.
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



ADAPTACIÓN Y RESILIENCIA ADOLESCENTE EN CONTEXTOS MÚLTIPLES

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

*Doctora en Psicología y Salud, Maestra en Psicología clínica
y Licenciada en Psicología, Universidad Nacional
Autónoma de México.*

*Especialista en Evaluación de Problemas
Psicológicos, Instituto Nacional de Psiquiatría.*

*Profesora de Carrera de Tiempo Completo Titular B Definitivo,
Tutor de la Maestría y Doctorado en Psicología, Facultad
de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional
Autónoma de México.*

*Miembro del Sistema Nacional de Investigadores,
CONACYT, Nivel 1.*

Línea de Investigación: Salud, Adolescencia y Familia

Editor responsable:
Uc. Georgina Moreno Zarco
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), S. A. S.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 Ciudad de México



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- * Catálogo de producto
 - * Novedades
 - * Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples
D.R. © 2019 por Universidad Nacional Autónoma de México,
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Avenida Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente,
Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México.
ISBN: 978-607-30-0822-8
Fecha de edición: 15 de octubre de 2018

En coedición:
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
ISBN: 978-607-448-729-9
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida, almacenada
en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico,
mecánico, fotocopiable, etcétera— sin permiso previo
por escrito de la Editorial.

Esta obra fue aprobada por el Comité Editorial de la Facultad
de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Su contenido es un
auxiliar para la enseñanza y es responsabilidad de sus autores.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO/PRINTED IN MEXICO



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples /
[editor] Blanca Estela Barcelata Eguiarte. — 1ª edición.
Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad
de Estudios Superiores Zaragoza : Editorial El Manual Moderno, 2019.
xiv, 158 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice
ISBN 978-607-30-0822-8(UNAM)
ISBN 978-607-448-729-9(Editorial El Manual Moderno)

1. Resiliencia (Rasgo de personalidad) en la adolescencia — México.
2. Adaptación (Psicología) en adolescentes — México. 3. Psicología
del adolescente. I. Barcelata Eguiarte, Blanca Estela, editor. II.
Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores
Zaragoza.

617.41205920972-scdd Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra
Editora de desarrollo:
Tania Flor García San Juan
Diseño de portada:
DG. José Arturo Castro García

Agradecimientos

Se agradece el apoyo sostenido de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Proyecto PAPIIT IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia". Gracias a su financiamiento fue posible llevar a cabo un análisis teórico-metodológico de los procesos involucrados en el desarrollo adolescente. Se pudo recopilar evidencia empírica de factores de riesgo y protección que intervienen en la adaptación y la resiliencia con grupos de adolescentes de diferentes contextos. El apoyo permitió contar con un equipo multidisciplinario de alumnos, académicos y profesionales de la salud de la UNAM y otras instituciones, así como con la infraestructura para poder realizar tanto el trabajo de campo como de gabinete.

Agradecemos en especial a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM por su apoyo y las gestiones realizadas para el desarrollo del proyecto. Asimismo se extiende un especial reconocimiento a todas las escuelas e instituciones de salud y de servicios psiquiátricos de la Secretaría de Salud, que aceptaron colaborar en este proyecto. Su aceptación para colaborar fue fundamental, porque gracias a ello se pudo trabajar con diferentes grupos de adolescentes y padres de familia los cuales también, amablemente dieron sus consentimientos y asentimientos informados, para participar en la investigación. Cabe señalar que por motivos de confidencialidad no se menciona los nombres de dichas instituciones.

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Prefacio

La adolescencia representa una etapa del ciclo vital que va de los 10 hasta alrededor de los 21 años (WHO, 2013), en especial vulnerable, porque muchos procesos como la anticipación y la planeación, o la empatía aún se encuentran en desarrollo. Una de las tareas básicas de esta etapa es la búsqueda y consolidación de la identidad, lo que propicia la presencia de conductas de riesgo como parte de procesos como la búsqueda de la independencia y autonomía que pueden vulnerar el desarrollo armónico del adolescente (Coleman & Hendry, 2003). Existe consenso entre los teóricos del desarrollo que la adolescencia implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, conductuales y sociales que pueden ser fuente de estrés para algunos adolescentes como para sus padres (UNICEF, 2016), aunque no necesariamente tormentosa y estresante Arnett.

Modelos contemporáneos del desarrollo (Lerner, 2012) conciben a la adolescencia como una etapa de oportunidades más que de problemas. La visión de diferentes expertos en adolescencia a partir de un enfoque ecológico-transaccional (Cicchetti & Valentino, 2006; Sameroff, 2014), plantean que el desarrollo adolescente es producto de la interacción dinámica de factores individuales (biológicos, psicológicos, sociales) con otros más que operan en diferentes niveles "ecológicos" proximales y distales como familia, escuela, vecindario y cultura. Estos factores influyen de manera directa o indirecta en el desarrollo del adolescente en forma de riesgo o de protección para su adaptación. En este sentido, los adolescentes pueden experimentar una serie de demandas tanto internas como externas y percibir las como presiones, exigencias o retos, cuando aún no se han desarrollado todas sus habilidades y competencias. No obstante, muchos adolescentes no sólo son capaces de enfrentar las exigencias diarias de situaciones normativas, algunas de ellas propias de la etapa, sino también aquellos eventos no normativos asociados a contextos adversos que parecen poner a prueba su capacidad para movilizar sus recursos.

A pesar de que la evidencia muestra que la adolescencia es una etapa de recursos y de oportunidades y que los factores de protección pueden dar más información sobre los procesos de adaptación, la evaluación de factores de riesgos también contribuye a entender el desarrollo adolescente ante situaciones extremas. Es por

ello que la perspectiva ecológico-transaccional ha propuesto varios modelos que explican la forma en que pueden interactuar factores de riesgo y de protección que dan como resultado diferentes trayectorias del desarrollo y formas de adaptación, que van más allá de la adaptación y que se denomina resiliencia.

El objetivo principal del presente manuscrito es presentar un análisis de lo que implica el desarrollo adolescente a partir de dos procesos básicos, la adaptación y la resiliencia en contextos múltiples. La información se organiza en cinco capítulos, que presentan reflexiones teóricas, una breve revisión del estado del arte sobre variables involucradas con la adaptación adolescente. Asimismo se muestran hallazgos con muestras normativas como no normativas con algún tipo de adversidad, que participaron en el proyecto PAPIIT IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia". Este proyecto fue financiado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México, instancia a la que se agradece todo el apoyo con el cual se conjuntó un equipo multidisciplinario de académicos, investigadores y alumnos de doctorado, maestría y licenciatura, del área de psicología y salud, de instituciones de educación superior y salud mental.

El primer capítulo presenta una breve revisión de premisas básicas sobre lo que significa la adolescencia a través de un recorrido desde las posturas clásicas hasta las más recientes de las principales perspectivas sobre desarrollo adolescente. Se subrayan las implicaciones teórico-metodológicas del enfoque de la "psicopatología del desarrollo" en la comprensión integral del desarrollo adolescente y de cómo su evolución hacia un macroparadigma de las ciencias del desarrollo ha generado que en la actualidad se le identifique bajo el nombre de modelo "ecológico-transaccional" en el que se puede circunscribir el enfoque del "desarrollo positivo del adolescente". Estos cambios han generado que la investigación sobre adolescencia sea diversificada y se oriente tanto en los problemas del desarrollo como en las fortalezas en situaciones o grupos "normativos" como "no normativos" asociados o que implican algún tipo de adversidad. Por último se comparten reflexiones de cómo ciertas variables y escenarios representan un riesgo para el desarrollo de los adolescentes los cuales muestran indicadores de adaptación positiva a pesar de ello y cómo otras variables consideradas de protección pueden fortalecerse para un desarrollo positivo del adolescente en diversas circunstancias.

En este sentido el segundo capítulo tiene por objetivo el análisis de la adaptación en contextos "normativos" o escolares presentando algunos elementos teóricos del bienestar y sus dimensiones en términos de bienestar subjetivo y bienestar psicológico, así como de la conducta prosocial en la adolescencia y su relación con el bienestar. Estas variables, en general, se encuentran fuertemente relacionadas con lo que se considera bienestar óptimo, base de las trayectorias de desarrollo adaptativo de muchos adolescentes. Se realiza una revisión de los hallazgos de investigación más recientes sobre ambas variables que la literatura muestra, además de presentar algunos

datos sobre el bienestar psicológico y subjetivo, así como conductas prosociales en adolescentes de la investigación del PAPIIT en muestras escolares de la zona metropolitana de la Ciudad de México.

El tercer capítulo plantea un panorama general sobre la prevalencia de trastornos y psicopatía a edades tempranas que la literatura informa, así como de lo que implica el ajuste adolescente, lo que representa la revisión de esta otra "cara" de la adolescencia. El manuscrito se centra en la revisión de la evidencia empírica en torno a los rasgos de insensibilidad emocional o *callous unemotional traits*, por su asociación con personalidad antisocial y conducta delictiva de alta incidencia en México y uno de los principales problemas psicosociales de los últimos tiempos. Se presenta información a partir de la investigación con adolescentes mexicanos de contextos escolares que muestra la relación entre rasgos de insensibilidad emocional con problemas de adaptación en términos de problemas internalizados y externalizados. Se contrastan los resultados con la muestra escolar estudiada con lo informado por investigadores a nivel internacional.

Un cuarto capítulo analiza la adaptación en situaciones especiales o no normativas, presentando algunas consideraciones sobre lo que implica para el desarrollo adolescente vivir en instituciones de acogimiento familiar y evidencia sobre los factores de riesgo y recursos presentes en adolescentes mexicanos albergados en una institución de asistencia social, con base en una visión ecológica de la resiliencia. Se exponen los antecedentes, definiciones, diversos estudios y se explican las bases en México de la institucionalización. A continuación, se muestran los resultados obtenidos del análisis de la relación entre conductas externalizadas e internalizadas y los sucesos de vida estresantes; así como, de la asociación entre competencias psicosociales y afrontamiento. Se subraya la relación entre conductas internalizadas y externalizadas con situaciones estresantes en las áreas personal, salud y de problemas de conducta. Se analizan diferencias por sexo en cuanto a problemas, pero también de los recursos y las competencias sociales y deportivas, lo cual se relaciona con el afrontamiento productivo. Se propone una intervención preventiva que fomente comportamientos adaptativos y resilientes.

Por último se presenta un quinto capítulo que aborda el proceso de adaptación familiar, en especial por parte de los cuidadores informales, ante la discapacidad, así como ante la presencia de problemas emocionales y de conducta en la adolescencia. El análisis se centra en el afrontamiento parental, base para la adaptación, a partir de la revisión de investigación previa y de dos grupos vulnerables de madres, que tienen que lidiar con dos tipos de adversidad o riesgo: la discapacidad y la psicopatología. Los datos comparativos permiten constatar que los procesos de afrontamiento son diferentes en función de la situación y que ambas circunstancias por sí mismas no siempre son la fuente de estrés principal. Se discuten posibles propuestas de intervención y para continuar investigando al respecto.

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Colaboradores

Miguel Angel Balbuena Olvera

Licenciado en Psicología, egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Ex-becario del Proyecto PAPIIT IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia". Acreedor del Premio "Gustavo Baz Prada" 2017. Colaborador en el Programa de Bienestar Psicológico de Adolescentes y Familias, con sede en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Zaragoza, FES Zaragoza, UNAM. Asesor psicológico en el Consejo Ciudadano de Seguridad y Procuración de Justicia de la Ciudad de México.
Capítulo 5

Daniel Hernández López

Licenciado en Psicología, egresado de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Ex-becario del Proyecto PAPIIT IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia". Acreedor al premio al servicio social "Gustavo Baz Prada" 2017. Asesor psicológico en el Hospital de las Emociones, INJUVE, de la Ciudad de México.
Capítulo 5

Dulce Alejandra López García

Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Participó como becaria en el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN303714-3. Ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales como Congresos Mexicanos de Psicología, del CNEIP, y el IX Congreso Internacional de Salud Mental, así como el 1er Congreso Internacional de Psicología, de la FES, UNAM. Actualmente imparte Talleres para Adolescentes para la prevención de conductas de riesgo en secundarias de la Ciudad de México.
Capítulo 2

Frida Claudia Constanza Méndez Tovar

Psicóloga. Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Residente de Medicina Conductual en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la

UNAM. Ex-becaria del Proyecto PAPIIT-DGAPA-UNAM IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Bases para la intervención en la adolescencia". Cuenta con algunas publicaciones como autora y coautora, sobre adolescencia, salud y educación en revistas como *EUREKA* y *VERTIENTES, Revista Especializada en Ciencias de la Salud*. Terapeuta de adolescentes con enfoque sistémico y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.

Capítulo 4

Diego Josafat Rivas Miranda

Licenciado en Psicología y pasante de la Maestría en Psicología Escolar, Campus Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinador del grupo de Jóvenes de la ONG japonesa Sukyo Mahikari. Ha sido becario del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN303714-3: "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples" de la UNAM y del PERAJ adopta un amigo de la SEP-UNAM. Autor y coautor en publicaciones del CNEIP, Revista Costarricense de Psicología, y números especiales de la Revista Mexicana de Psicología sobre bienestar psicológico, satisfacción vital y afrontamiento.

Capítulo 2

Alexis Javivi Rivera Ortiz

Egresado de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM. Mención honorífica. Becario del proyecto PAPIIT IN303714-3, UNAM-DGAPA. Ganador del premio al servicio social "Dr. Gustavo Baz Prada" 2015. Coautor en publicaciones nacionales e internacionales, por ejemplo: "Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales" y ponente en congresos de asociaciones como la International Association for Child and Adolescent Psychiatric and Allied Professions (IACAPAP). Profesor en el Colegio de Bachilleres 6 y Asesor en el Centro de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED), Ciudad de México.

Capítulo 3

Raquel Rodríguez Alcántara

Doctorante en Psicología y Salud en el Programa de Posgrado de la UNAM con reconocimiento CONACyT. Licenciada en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza - UNAM. Ganadora del premio al servicio social "Dr. Gustavo Baz Prada" 2015 como parte del Programa multidimensional de apoyo al desarrollo positivo integral de adolescentes y familias en la FES Zaragoza. Participó como becaria en el proyecto PAPIIT-UNAM IN303714-3 "Adaptación y resiliencia en contextos múltiples: bases para la intervención en la adolescencia". Coautora de publicaciones en revistas científicas y ponente en congresos nacionales e internacionales como la Stress and Anxiety Society Research. Línea investigación: regulación emocional y afrontamiento.

Capítulo 3

Contenido

Agradecimientos	v
Prefacio	vii
Colaboradores	xi
Contenido	xiii

Capítulo 1

Desarrollo adolescente: más allá de la adaptación	1
Adolescencia ¿Etapa tormentosa o de oportunidades?	1
Desarrollo adolescente	5
"Psicopatología del Desarrollo": más que un enfoque integracionista	10
La escuela: escenario de múltiples oportunidades y retos	26
Institucionalización: una opción para el desarrollo adolescente	28
El sistema familiar ante el riesgo y la adversidad	29
Conclusiones	31
Referencias	32

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Capítulo 2

Bienestar óptimo y conducta prosocial en la adolescencia: una mirada al contexto escolar	43
Bienestar óptimo: aproximaciones para su estudio integral	45
Bienestar en la adolescencia: hallazgos de investigación	48
Conducta prosocial	50
Conducta prosocial y bienestar	51
Bienestar óptimo y conducta prosocial: el caso de adolescentes mexicanos	53
Conclusiones	59
Referencias	62

*Diego Josafat Rivas Miranda
Dulce Alejandra López García*

Capítulo 3

<i>Callous-unemotional traits: un riesgo latente</i>	69
Adaptación y alteraciones emocionales durante el desarrollo infantil-juvenil.....	70
¿Qué son los <i>callous-unemotional traits</i> o rasgos de insensibilidad emocional?	75
Variables asociadas a los rasgos de insensibilidad emocional	78
"Rasgos de insensibilidad emocional:" evidencia empírica con adolescentes mexicanos	80
Conclusiones	89
Referencias.....	91

Alexis Javivi Rivera Ortiz
Raquel Rodríguez Alcántara
Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Capítulo 4

Institucionalización en la adolescencia: análisis de riesgos y recursos.....	97
Asistencia social: antecedentes y definición.....	98
Adolescencia e institucionalización	100
Instituciones de asistencia social en México	105
Adaptación adolescente: hallazgos de investigación	108
Conclusiones.....	116
Referencias	117

Frida Claudia Constanza Méndez Tovar
Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Capítulo 5

Discapacidad y problemas emocionales en la adolescencia: cuidado informal y afrontamiento parental	123
Adolescentes: condiciones de salud que requieren de cuidado especial	125
Los padres como cuidadores informales	128
¿Quién cuida a los padres?.....	131
Afrontamiento: Un recurso ante la adversidad y el riesgo	134
Afrontamiento parental: evidencias de investigación	140
Conclusiones.....	145
Referencias	147

Miguel Angel Balbuena Olvera
Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Daniel Hernández López

Desarrollo adolescente: más allá de la adaptación

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Adolescencia ¿Etapa tormentosa o de oportunidades?

A lo largo del tiempo han surgido diversas perspectivas y enfoques teóricos sobre el desarrollo humano, algunas de las cuales se han enfocado al estudio de la adolescencia conceptualizándola de diferente manera con el fin de explicar el comportamiento de los individuos en esta etapa del ciclo vital en su transitar hacia la adultez. Se reconoce al psicoanálisis como el pionero en el estudio de niños y adolescentes, enmarcado por los trabajos de Sigmund Freud sobre desarrollo psico-sexual (Cicchetti & Cohen, 1995; Ebata, Petersen, & Conger, 2002). Años después, su hija, Ana Freud (1969) señalaba la importancia de las relaciones de apego tempranas y de las discontinuidades del desarrollo en niños y adolescentes, lo cual fue retomado más tarde, por Bowlby (1988) para desarrollar su teoría del apego, así como también por la perspectiva "psicopatología del desarrollo" que plantea a la adolescencia como un punto crucial del desarrollo humano del cual se pueden derivar diversas trayectorias. Algunas posturas neo-psicoanalíticas del desarrollo adolescente como la de Blos (1975) plantea que algo distintivo de la adolescencia son los conflictos intrapsíquicos y el ensimismamiento, mientras que para Aberastury y Knobel (1980) es una etapa caracterizada por el "síndrome normal de la adolescencia" en la cual se puede considerar "normal" la presencia de ciertos "síntomas"¹ (pág. 44) por lo que la adolescencia podría concebirse como una etapa de aislamiento, de oscilación entre odio-amor hacia los padres, entre el altruismo y el egoísmo, y en términos generales de gran ambivalencia.

Para esta perspectiva (Fonagy, Target Steele, & Gerber, 1995), en general la

¹ Las corchetas son del autor.

adolescencia es una etapa caracterizada por ansiedad, por gran movilización de los impulsos sexuales y una reorganización y reorientación de la sexualidad, así como un proceso arduo de individuación.

Como parte de este enfoque, Erik Erikson (1986) argumenta que la adolescencia es un periodo crucial del desarrollo del yo. Sin embargo, concede un papel preponderante a factores sociohistóricos y relacionales, por lo que el adolescente se va estructurando a partir de las interacciones con su medio, esencialmente de índole social. Presupone que una tarea básica del desarrollo es la búsqueda de la identidad lo cual puede generar la "crisis de identidad". Puso de relieve las relaciones con los pares en el desarrollo de la identidad, lo que influye tanto en el desarrollo normal como en el comportamiento desviado. Las redes sociales entre pares permiten que otros procesos se desarrollen como la búsqueda de apoyo social. Las habilidades sociales, por otra parte, permiten que se generen soluciones ante diversos problemas de índole interpersonal que son básicas para la vida. El desarrollo socioafectivo, es por tanto, otra dimensión básica del desarrollo en la adolescencia, lo cual ha sido ampliamente estudiado por Bar-On (2006). La falta de habilidades psicosociales puede generar pautas de comportamiento poco eficientes. La importancia de los planteamientos de Erikson (1986) radica en haber subrayado que una de las **tareas básicas** del desarrollo durante la adolescencia es el logro de la identidad, a través de la resolución de la ambivalencia: identidad contra confusión del rol, contribuyendo a la consolidación de la personalidad. Aunque cabe aclarar que el proceso de identidad dura toda la vida, una señal de que un individuo es maduro, es la capacidad de recibir y dar confianza.

Por otra parte, los planteamientos de Margaret Mead (1979) a partir de una perspectiva antropológica, no sólo contradijo algunas de las psicoanalíticas, sino que fueron importante influencia en la manera en que los investigadores contemporáneos concebían a la adolescencia representando un preámbulo para algunas de las más recientes teorías sobre la adolescencia. Para Mead (1979) la adolescencia es ante todo una construcción social, condicionada en gran medida por el contexto cultural en el que se desarrolla el individuo. Sus estudios en Samoa sobre adolescencia la hizo ir en contra de algunas ideas predominantes de su época, ya que sus experiencias contradecían los hallazgos de otros investigadores, por lo que no la consideraba como una etapa tormentosa caracterizada por conflictos y la psicopatología, a menos que no tuviera el suficiente apoyo de su medio, en específico de los adultos y en particular de sus padres.

El modelo psicosocial, según lo denominan Kimmel y Weiner (1998), aunque re-toma algunas ideas del modelo psicoanalítico, da un giro importante a la conceptualización de la adolescencia a partir de la **visión antropológica** de Mead que parece haber influido en el desarrollo de sus premisas. La adolescencia es una etapa de construcción de redes sociales en la que los pares son muy importantes. También intervienen factores externos de tipo social y cultural, que forman parte del entorno del adolescente, por lo que los procesos de socialización cobran vital importancia. Apoya la noción de que la adolescencia es una fase en la cual el conflicto tiende a incrementarse, como parte normal del desarrollo, sin embargo, no es considerada como una etapa tormentosa y caracterizada por la presencia de psicopatología.

Las teorías organísmicas desarrolladas a partir de los supuestos de Piaget también han contribuido a entender a los adolescentes. Las **estructuras cognitivas** que van reorganizándose a partir de operaciones concretas hasta lograr una compleja estructuración del pensamiento abstracto propuestas por Piaget (1974), implican cambios cualitativos en la forma de pensar que impactan el desarrollo cognitivo y social del adolescente. Se observa que como producto fundamental de ese desarrollo cognitivo, la capacidad de reflexión es un proceso emergente que permite evaluar la interrelación de muchos aspectos implícitos en un problema (Kidwell, Fischer, Dunham, & Baranowski, 1983). Con base en ella surge la descentralización que facilita que el adolescente se "asuma" desde la perspectiva de otra persona, lo que apoya el desarrollo de la identidad. La reflexión encadenada a la descentralización, con otros procesos como la empatía, la anticipación y planeación, permite que el adolescente tenga mayor control de sí mismo, que dan pauta a procesos de socialización más complejos implicados en el intercambio emocional y social con los otros, logrando un balance entre las necesidades internas y las externas, que le generan capacidad de adaptación y explican cómo se verá más adelante, el involucramiento en conductas de riesgo.

Coleman (Coleman & Hendry, 2003), autor de la denominada teoría focal o integracionista, plantea que la adolescencia es un proceso activo que se da a partir de la interacción entre el adolescente y los diferentes factores implícitos en todos los sistemas que conforman la sociedad y de la cual el adolescente es el centro, siendo la familia el sistema más cercano o proximal en el cual tienen lugar sus primeras experiencias. Para este autor, al igual que para Erikson (1986) el proceso de socialización es esencial en el desarrollo global del adolescente. Para Coleman la edad es un factor muy importante que influye en la percepción y por tanto a las reacciones de los adolescentes al medio que lo rodea.

La teoría del desarrollo "curso de vida" propuesta por Elder (Elder & Sanahan, 2006) aunque se enfoca en los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales que van configurando la vida del adolescente, también es importante por su planteamiento de las posibles trayectorias de vida a lo largo de la vida. Se enfoca en el estudio de la interacción de procesos personales y contextuales, a lo largo del

tiempo, poniendo de relieve la importancia de la investigación longitudinal para entender los procesos del desarrollo durante la adolescencia.

También el modelo heurístico de Grotevant (1998) puede considerarse otro ejemplo de teorías trascendentales sobre el desarrollo adolescente. También plantea los desenlaces adolescentes en términos de identidad, cambio de las relaciones, salud emocional y conducta competente en la vida diaria. El desarrollo y el resultado adolescente, subraya, son producto de la interacción entre características personales y medioambientales, que van desde lo individual hasta lo social.

No se puede dejar de mencionar el enfoque holístico de Magnusson (1995) ubicado como integracionista, ya que también refleja que desde hace décadas, la forma de conceptualizar al desarrollo en la adolescencia iba cambiando poco a poco, de centrarse en el individuo, a tratar de entenderlo como un proceso integral a lo largo de diversos sistemas. Recientemente el desarrollo es concebido como producto de la interacción mutua adolescente-contexto, por lo que el enfoque también es reconocido como interaccionista (Magnusson & Stattin, 2006)

Se observa que muchas posturas con respecto a la adolescencia han quedado atrás, han sido rebasadas e incluso criticadas por expertos del desarrollo, especialmente la de Hall (1904); de forma que algunos de sus supuestos como la presencia "normal" de síntomas o patología durante la adolescencia, quedaron superadas para dar paso al surgimiento de visiones más "positivas y dinámicas" de la adolescencia (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma 2006; Damon & Lerner, 2008; Lerner, 2006; Masten & Cicchetti, 2010). No obstante, la adolescencia como una etapa del ciclo vital sigue siendo considerada, por las denominadas ciencias del desarrollo y psicología evolutiva (Achenbach, 1999; Damon & Lerner, 2008), como un período vulnerable del desarrollo con cambios vertiginosos en procesos básicos de tipo biológico, psicológico y social, lo cual hace que individuos de diversas sociedades presenten similitudes o compartan características, matizadas por cada cultura, contexto, a pesar de la globalización, y, en especial, por la forma en que son experimentados por cada adolescente.

La literatura muestra que la adolescencia es una etapa en la que el joven va siendo capaz de pensar de manera autónoma a la familia e incluso de los pares, a pesar de la fuerte influencia que tienen en su desarrollo y adaptación (Trudeau, Mason, Randall, Spoth, & Ralston, 2012), se va planteando a sí mismo nuevos retos y metas que formaran parte de su proyecto de vida por lo que se caracteriza como una etapa de crecimiento personal y de oportunidades. Lerner, Lerner y Benson (2011) sostienen que el desarrollo positivo del adolescente se caracteriza por cinco elementos a los que se les denomina como las 5 C's del desarrollo positivo de la adolescencia: 1. Competencia, que implica la percepción de que se tienen las habilidades para resolver cualquier problema. 2. Confianza, que refiere a un sentido interno de autoconfianza y valía positiva. 3. Conexión, hace referencia a la capacidad de establecer

nexos con las personas e instituciones. 4. Carácter, que presupone un sentido moral, de integridad y del reconocimiento de los estándares de lo que es correcto; 5. Interés por los demás, que refleja empatía, e incluso simpatía por otros.

La evidencia muestra que la adolescencia, contrario a lo que planteaban las posturas clásicas del desarrollo, representa un período de desarrollo positivo, de crecimiento a través de la experiencia y del aprendizaje. A pesar de que los adolescentes son capaces de experimentar con más intensidad sus emociones, y que los procesos de regulación están en desarrollo, no es una etapa tormentosa y de estrés como se sostenía a inicios del siglo pasado. Por el contrario, es una etapa de maduración biológica (neurológica, bioquímica, entre otras) y psicológica (cognitiva, emocional, social) en la que interacciona un sistema personal complejo con otro sistema contextual asimismo complejo (Lerner, 2006; Lerner et al., 2011).

A pesar de las diferentes nociones de adolescencia, la mayoría de los expertos coinciden en que la esencia de la transición adolescente es la formación de la identidad y la búsqueda de la autonomía. Este proceso de individuación que permite al adolescente distinguirse de otros, es influenciado por diversos aspectos tanto externos como internos de su desarrollo, sin embargo, necesita ser consistente y presentar continuidad, de forma que contribuya a consolidar su sentido de identidad global, como lo plantea Erikson (1986).

En suma la adolescencia aún tiende a ser considerada como una etapa del ciclo vital crítica, en el sentido de que se trata de un punto crucial para los individuos que conlleva oportunidades de desarrollo en diferentes direcciones y que implican la posibilidad de presentar distintas trayectorias de adaptación positiva como negativa. Es ante todo una etapa de cambios, con propios recursos que cuando hay un ambiente propicio se potencializan, dando como producto un proceso positivo de desarrollo de diferenciación hacia la etapa de adultez.

Desarrollo adolescente

La adolescencia representa un proceso paulatino de transición de la niñez a la adultez que puede presentar continuidades o discontinuidades en la transición niñez-adolescencia y adolescencia-adultez en función de múltiples cambios de índole biológica, psicológica y social, y de su interacción con otras variables medioambientales a lo largo de diferentes sistemas. Esta etapa se caracteriza más que por la búsqueda de la identidad por la construcción de la misma, lo que implica un sentido de sí mismo diferenciado que tiene sus bases en el autoconcepto y la autoestima. A pesar de que la mayoría de los adolescentes pasan por procesos similares relacionados con tareas básicas como el logro de la autonomía, el sentido de competencia, el establecimiento de un status social, principalmente frente a pares, la experimentación de la intimidad y la

consolidación de la identidad sexual (McNeely & Blanchard, 2009), son otros aspectos que cada adolescente tiende a experimentarlos de manera única. En este sentido no existe una "sola adolescencia" como tampoco una edad bien definida entre el inicio y el fin de dicha etapa.

A pesar de que los adolescentes hoy en día viven en un mundo globalizado y que las nuevas tecnologías permiten el intercambio dinámico de costumbres, estilos de vida, valores e ideologías, la adolescencia sigue siendo un proceso influido por el contexto proximal y distal en el que se desarrollan los adolescentes además de los aspectos personales que hacen que sea vivenciada de manera especial. Sin embargo, la edad tiende a ser considerada como un marcador biológico importante, en especial en su fase inicial. La Organización Mundial de la Salud (2011) ubica a la adolescencia como el periodo del ciclo vital comprendido entre los 10 y 19 años de edad, durante la cual los jóvenes se transforman en individuos maduros en diferentes dimensiones como la física, emocional, psicológica y social, con una identidad propia.

Por su parte, los expertos en desarrollo, coinciden en que la adolescencia es un periodo que cronológicamente puede abarcar de los 10 a los 19 años, aunque advierten que los procesos neurológicos que determinan la madurez siguen evolucionando hasta los 24 años (McNeely & Blanchard, 2009). Es un periodo de la vida prolongado en el que se pueden identificar etapas o "sub-etapas" por las cuales el adolescente transcurre hacia la adultez. Algunas clasificaciones identifican tres periodos: 1. Pre-adolescencia que va de los 10 a los 12 años, por lo que los chicos son llamados adolescentes tempranos; 2. Adolescencia media, de 13 a 15 años, por lo que los chicos y chicas son denominados adolescentes jóvenes o adolescentes medios; 3. Adolescencia tardía, periodo que cronológicamente va de los 16 a los 18 años por lo que a los jóvenes se les denomina adolescentes maduros (Wohl & Erickson, 1999). Blos (1975) distinguía cuatro periodos: 1. Pre-adolescencia, la cual tiene su inicio alrededor de los 10 años y termina aproximadamente a los 13 años; 2. Adolescencia temprana que va de los 13 hacia los 15 años, 3. Adolescencia propiamente dicha que transcurre entre los 15 y 18 años, y 4. Adolescencia tardía que evoluciona de los 18 a los 21 años, que coinciden con muchos de los expertos en el desarrollo. Se apoya la idea de que la diferenciación de la adolescencia por subetapas o periodos es conveniente (Seiffge-Krenke, 1998). Los procesos cognitivos, emocionales, sociales y comportamentales van progresando de manera diferencial, inducidos por la interacción entre procesos personales y contextuales, lo cual es importante considerar para entender con mayor precisión esta etapa del desarrollo.

Parece existir consenso en que la adolescencia es un periodo del ciclo vital que puede tener su inicio a los 10 años y termina a los 18 años, pudiéndose prolongar más allá de esta edad, así que no existe una línea fija entre su inicio y su fin, sino que, como se mencionó, se trata de una etapa de transición entre la infancia y la adultez que en su inicio presenta algunos marcadores de tipo biológico como la aparición de la menarca y la edad. Pareciera que la edad va pautando una serie de cambios biológicos aso-

ciados a algunos marcadores psicosociales como el logro de la independencia y de la identidad, así como el despliegue de habilidades para la vida, por lo que se constituyen en las tareas fundamentales de la adolescencia que llevan hacia la madurez que marca el inicio de la adultez emergente (Bar-On, 2006; Erikson, 1986; Grotevant, 1998).

Todos los procesos evolutivos se encuentran interconectados, de forma que las transformaciones cognitivas dan pauta a cierto tipo de comportamientos maduros como la anticipación y planeación, que justo durante la adolescencia se amplían y consolidan. Las estructuras cognitivas que van reorganizándose a partir de operaciones concretas hasta lograr una compleja estructuración del pensamiento abstracto (Piaget, 1974), implican cambios cualitativos en la forma de pensar que impactan el desarrollo cognitivo y social del adolescente. Retomando estas premisas básicas, se observa que, como producto fundamental de ese desarrollo cognitivo, está la capacidad de reflexión con base en la cual la identidad se va configurando. Esta capacidad puede ser la base para procesos de socialización más complejos en el intercambio emocional y social con los otros, en particular la empatía, lo que contribuye a una menor o mayor adaptación.

La reflexión se refiere a la capacidad de poner atención y monitorear los propios procesos de pensamiento, que permite al adolescente evaluar la interrelación de muchos aspectos implícitos en un problema (Kidwell, Fischer, Dunham, & Baranowski, 1983). Asimismo la "descentralización", es decir, la capacidad de asumir y evaluar una situación tomando puntos de vista de otras personas, a su vez necesita de la reflexión. El proceso de comunicación del propio razonamiento requiere de la reflexión porque fuerza al adolescente a salirse de sí mismo. Los procesos cognitivos entrelazados con los sociales, es lo que posibilita al adolescente a tener habilidades de reflexión y habilidad para "tomar el lugar de los otros".

Al parecer la reflexión le permite al adolescente dimensionar una situación de manera objetiva, ya que obliga al adolescente a desarrollar una serie de mecanismos, como la descentralización, que le permite "asumirse" desde la perspectiva de otra persona. A este proceso de poder tomar los puntos de vista o asumirse desde los otros es lo que algunos autores han denominado empatía (Ciaramicoli & Ketcham, 2000). Considerada por algunas posturas sobre desarrollo adolescente y los procesos adaptativos (Eisenberg, 2000a), la base de toda comunicación humana, la empatía representa uno de los pilares de la resiliencia en la adolescencia. Así, la reflexión encadenada a otros procesos como la descentralización, la empatía, y la anticipación y planeación, es lo que permite al adolescente mayor control de sí mismo, de sus emociones y de sus conductas (Eisenberg, 2000b; Kidwell *et al.*, 1983).

Aunque una tarea básica en la adolescencia es la consolidación de la identidad, hay otros procesos que cobran especial importancia en el desarrollo de los individuos como la identidad psicosexual, personalidad, autonomía, madurez cognitiva y desarrollo de habilidades psicosociales, así como el establecimiento de un proyecto de

vida (Coleman & Hendry, 2003; Krauskopf, 2007). Éstos representan algunos de los pilares que permiten transitar de la adolescencia a la adultez, que se vinculan con la adaptación positiva que implica el balance entre las necesidades internas y las externas, lo cual sin duda se ve influido por el contexto y las exigencias que el medio plantea al adolescente. Estos procesos quedan consolidados al final de la adolescencia, es decir alrededor de los 18 años, sin embargo, algunos elementos de índole biológica y otros procesos pueden frenar o impedir que estos procesos se desarrollen de forma plena en esta etapa y sigan evolucionando durante la adultez emergente (Arnett, 2008) y etapa adulta, e incluso quedar incompletos o subdesarrollados en algunos individuos.

El adolescente necesita crecer y desarrollar un sentido de autonomía dentro de un ambiente estable que le proporcione continuidad y estructura por lo cual los procesos familiares son básicos en el desarrollo de identidad. Asimismo la comunidad en la que crece el adolescente es importante, ya que la evolución de la adolescencia hacia una adultez plena está matizada por la sociedad, lo que implica una amplia variedad de marcos referenciales constituidos por diversas ideologías, estilos de vida, sistemas de creencias, valores. Existe evidencia de que en este proceso transicional de la niñez a la adultez, los pares y la familia ocupan un papel central. Los padres siguen siendo importantes durante la adolescencia, ya que existe una interrelación dinámica entre la identidad del adolescente y la identidad de la familia (Patterson, 2002; Ungar, 2012). Las experiencias dentro de la familia y las funciones de ésta como mediador entre el adolescente y las influencias de factores externos de tipo distal contribuyen a su desarrollo.

De ahí que un enfoque que ha tenido gran impacto sobre la comprensión del desarrollo adolescente sea el enfoque ecológico del desarrollo humano propuesto por Bronfenbrenner (1995). Tiene sus bases en una visión interaccionista que enfatiza la influencia de múltiples factores en el desarrollo humano en general y de la adolescencia en particular, a lo largo de cuatro niveles o subsistemas que contextualizan el crecimiento del adolescente: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (figura 1-1). El microsistema está constituido en especial por el propio adolescente, pero también por el entorno más próximo como la familia, escuela y grupos de pares, por lo que a este sistema también se le conoce como proximal. El mesosistema son los sistemas inmediatos en el que se desarrolla el individuo representado por el vecindario o barrio y sociales que influyen de manera directa o indirecta al desarrollo del adolescente representados por él o los sistemas educativos y de salud, las creencias religiosas, medios de comunicación. Por último, el macrosistema implica el contexto social, político, económico y cultural, que permea el desarrollo adolescente a través de las políticas públicas de salud, vivienda y educación.

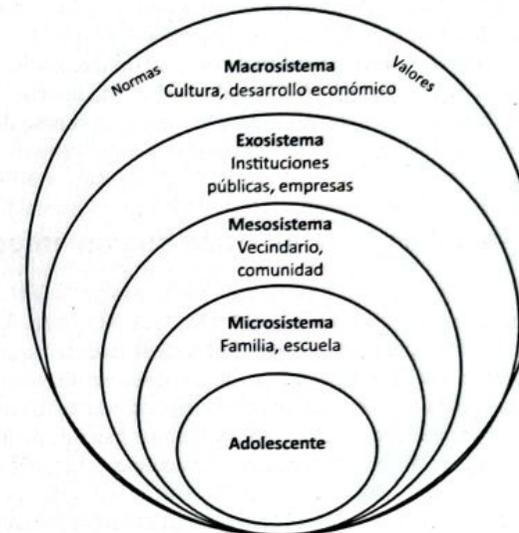


Figura 1-1. Representación gráfica del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1995).

La interrelación dinámica de los múltiples factores en cada nivel que operan a través de tiempo o condiciones sociohistóricas y los eventos y transiciones sobre el curso de vida es lo que va modelando y modulando el crecimiento del adolescente (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Las vivencias que el adolescente va experimentando son intrínsecas y extrínsecas; las primeras son las que corresponden al individuo, mientras las externas, son derivadas de condiciones de diversa índole que giran en torno a él. En este sentido también se plantea la existencia de factores proximales y distales, los primeros de ellos ubicados en el microsistema compuesto por la familia, escuela y amigos, y entre los segundos se ubican los factores económicos, sociales, políticos y culturales organizados. Los postulados de Bronfenbrenner (1995) sobre el desarrollo humano tuvieron una influencia importante en la manera de conceptualizar y estudiar la adolescencia el cual es retomado por la gran mayoría de los enfoques contemporáneos sobre desarrollo adolescente, lo que se refleja en el enfoque ecológico-transaccional identificado en sus orígenes como psicopatología del desarrollo (Garmezy, 1993; Rutter, 1993) y por supuesto por otros enfoques emergentes de las ciencias del desarrollo de corte sistémico como el del desarrollo positivo de la adolescencia (Lerner & Schmid, 2013).

Sin duda para que el desarrollo sea armónico, el adolescente necesita crecer dentro de un ambiente estable que le dé continuidad y estructura para cumplir con dichas tareas del desarrollo, por lo que el ambiente familiar es fundamental para que el proceso de separación se lleve de manera armónica o equilibrada lo que fortalece

su sentido de identidad y autonomía (Coleman & Hendry, 2003). La comunidad en la que crece el adolescente también es importante, ya que la meta de éste de crecer hacia una adultez está determinada por la sociedad, lo que implica una amplia variedad de marcos referenciales constituidos por diversos marcos de referencia, lo cual puede producir confusión, frustración y estrés en el proceso de convertirse en adulto.

“Psicopatología del desarrollo”: más que un enfoque integracionista

La investigación contemporánea sobre adolescencia se caracteriza por el uso de marcos conceptuales amplios e integrativos, más que por el uso de teorías específicas del desarrollo. Estas aproximaciones parten de la importancia del contexto en el desarrollo de los adolescentes, no obstante, algunas teorías han sido puente entre más de una perspectiva y para el desarrollo de paradigmas emergentes.

De acuerdo a Magnuson (1995), se aprecia una tendencia de las ciencias del desarrollo humano a integrar diferentes posturas explicativas dentro de un modelo general más amplio de estructuras y procesos de desarrollo que se denomina integración del desarrollo, y en el cual se pueden ubicar otros modelos o teorías integracionistas del desarrollo, en particular respecto al estudio de la niñez y de la adolescencia lo que originó que a la psicopatología del desarrollo pudiera considerarse como un enfoque integracionista. Esta perspectiva ha sido definida (Carlson & Sroufe, 1995) como el estudio de los orígenes y curso del desarrollo normal y desadaptado. Su interés en el estudio de las continuidades y discontinuidades de las trayectorias del desarrollo ha planteado la posibilidad de predecir y por tanto, prevenir trastornos de salud mental, lo cual tiene importantes implicaciones para la intervención. Se trata de un modelo interdisciplinario, en su momento emergente, que surge de la psicología del desarrollo, de la psicología clínica y de la psiquiatría, entre otras disciplinas (Grotevant, 1998).

Con base en algunas premisas ecológicas de Bronfenbrenner (1995) se considera que en el desarrollo de un adolescente interactúan tanto variables biológicas como psicológicas y sociales, y que en función de su naturaleza pueden apoyar u obstaculizar su crecimiento en términos de adaptación positiva. Se enfatiza la importancia de reconocer a la adolescencia como una etapa matizada por variables de tipo contextual proximales, como la escuela y la familiar por excelencia, así como otras de carácter distal como el contexto socioeconómico y la cultura.

La influencia de la visión sistémica en la psicopatología del desarrollo, la importancia que le concede a los entornos ecológicos en el desarrollo adolescente son algunas razones por las que recién se le identificó con el nombre de modelo “eco-

lógico-transaccional” (Cicchetti & Valentino, 2006; Sameroff, 2014), evolucionista (Walsh, 2004) u organizacional (Cicchetti, 2010) ya que se puede ubicar en lo que algunos investigadores contemporáneos coinciden en denominar enfoques sistémicos del desarrollo (Damon & Lerner, 2009). Se trata de un macroparadigma que incluye teorías específicas de modelos particulares que integran microparadigmas del desarrollo humano interrelacionados (Achenbach, 1999), enfocado en la niñez y la adolescencia, lo que se refleja en la forma de teorizar e investigar sobre el desarrollo humano. Algunos estudios priorizan los procesos transaccionales entre factores genéticos y medio ambientales (Cicchetti & Rogosch, 2002; Cicchetti & Valentino, 2006; Rutter, 2013), mientras otros se centran más en la interacción de variables psicológicas como la dinámica familiar y condiciones de riesgo de contextos marginados (Sameroff & Roseblum, 2006). También se identifican estudios sobre el desarrollo de programas preventivos y de promoción de competencias (Ebata, Petersen & Conger, 2002; Seidman & Pedersen, 2003), y la influencia de la ecología social en el desarrollo individual (Ungar, 2012).

El nombre de modelo ecológico-transaccional (Sameroff & Seiffer, 2002; Seidman & Pedersen, 2003), parece ser una “etiqueta” que refleja mejor lo que representa en la actualidad el enfoque “psicopatología del desarrollo”, el cual va más allá de la integración de varias teorías interesadas en comprender el desarrollo adolescente. Esta perspectiva constituye un ejemplo por excelencia de las ciencias del desarrollo de corte sistémico sobre la niñez y la adolescencia (Damon & Lerner, 2008) que se enfoca en la adaptación, no sólo en términos de psicopatología o trayectorias desadaptativas como se le asociaba en sus orígenes. Comprende un amplio marco multidisciplinario teórico-metodológico que alberga propuestas conceptuales y metodológicas que orientan la investigación multifactorial y multinivel que va más allá de la búsqueda de psicopatología, al tratar de comprender el desarrollo y resultados adolescentes en los dominios del riesgo, del estrés, la adaptación y resiliencia (Rutter, 2013). Su interés en la prevención y en la promoción de un desarrollo positivo se refleja en la diversidad de campos de acción en los que incide por ejemplo, instituciones correccionales (Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2007); práctica clínica (Walsh, 2004), escuelas y comunidades (Pedersen et al., 2005; Prelow, Bowman, & Weaver, 2007), instituciones de asistencia social (Wiik et al., 2011), entre otros. Se orienta al estudio del desarrollo adaptado como no adaptado el cual presupone la interacción de muchos factores en diferentes sistemas organizacionales del desarrollo (Damon & Lerner, 2008). Los avances en las neurociencias, permiten identificar procesos de plasticidad, que dan pauta para conocer los límites entre los factores modificables y no modificables, lo cual resulta útil al planear acciones de salud mental y diseñar programas de intervención más efectivos basados en la evidencia.

Para el enfoque ecológico-transaccional, la adolescencia puede considerarse como un periodo sensible del desarrollo, de transición de la niñez a la adultez, pero no necesariamente estresante ni tormentoso, ya que esto dependerá de la interacción individuo-medio ambiente. Sin duda existe evidencia de la vinculación entre el estrés

en la infancia y en la adolescencia, con la presencia de trastornos subsecuentes en la edad adulta (Jaworska & Rybakowski, 2016), sin embargo, no hay suficiente evidencia empírica que soporte la idea de la adolescencia como un período tormentoso, ya que dependerá de la combinación de factores ecológicos de riesgo-protección (Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Las experiencias en la familia (Sameroff & Rosenblum, 2006), en la escuela (Seidman & Pedersen, 2003), con los pares (Jessor, Turbin, & Costa, 1998) son algunos factores que parecen operar en un continuo riesgo-protección aumentando o atenuando la vulnerabilidad y predisposición al estrés, sin embargo, factores individuales como la personalidad (Maddi, 2006) o el afrontamiento pueden actuar como protección (Rutter, 2007).

Se aprecia que con independencia de las teorías específicas sobre adolescencia (Arnett, 1999; Coleman & Hendry, 2003; Ebata, *et al.*, 2002; Elder & Shanahan, 2006; Grotevant, 1998) en la actualidad parece existir consenso en que la adolescencia es una etapa de transición crítica, pero no necesariamente de crisis. Se caracteriza por diferentes cambios (biológicos, cognitivos, en la autopercepción, en las relaciones familiares y sociales) que generan mayor vulnerabilidad, porque muchos procesos aún se encuentran en desarrollo, por lo que las condiciones del medio ambiente suelen tener una influencia fundamental en el desarrollo y adaptación del adolescente. En ella se pueden presentar diversas trayectorias algunas de las cuales presentan indicadores de un desarrollo equilibrado con resultados positivos como rendimiento académico exitoso, involucramiento en actividades en la escuela, con pares y con los padres, mientras otras indican problemas en el funcionamiento estable del adolescente, como abuso de sustancias, trastornos en la conducta alimentaria, conducta antisocial, entre otras.

Estas consideraciones más recientes a partir de una visión sistémica que toma en cuenta la ecología del desarrollo humano parecen más adecuadas para entender los resultados adolescentes en términos de adaptación y resiliencia, es decir, adaptación a situaciones ordinarias y a situaciones extremas o de adversidad, respectivamente. En general la adolescencia puede vivenciarse por el adolescente como una etapa plena de energía, de acción, de descubrimiento de sí mismo y de su entorno, a través de la experimentación de una amplia gama de experiencias, sensaciones y emociones.

En síntesis, la perspectiva sistémica del desarrollo como la ecológica-transaccional representan un marco mucho más inclusivo y comprensivo para entender la adolescencia como una etapa de retos y desafíos que le permiten al adolescente ir madurando y progresando hacia la adultez, en función de una interacción recíproca de diversos factores en múltiples niveles ecológicos que van desde las neuronas, hasta los vecindarios como menciona Cicchetti (2006).

Más allá de la adaptación

Aunque en general los adolescentes son un grupo sano, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) muestra algunos datos que indican muerte prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y de otro tipo de enfermedades que podrían prevenirse. En 2007, la Federación Mundial de Salud Mental (*World Federation of Mental Health*, por sus siglas en inglés WFMH, 2007) señalaba que numerosos adolescentes y jóvenes presentaban problemas de salud mental que a veces llegan a ser incapacitantes y que muchas de estas enfermedades que tienen inicio en la adolescencia son el antecedente de problemas en la edad adulta, por lo que se considera un grupo poblacional prioritario en términos de salud.

De manera reciente, la OMS (WHO, 2013) señala que la salud mental y bienestar psicológico son un componente fundamental de la salud en general. Una buena salud mental permite a la gente desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones estresantes de la vida, trabajar o desempeñarse de manera productiva y poder contribuir a sus comunidades. Sin embargo, se han descuidado los servicios de salud mental y se ha estigmatizado a las personas con trastornos mentales y problemas psicosociales. Señala que se tiene que desarrollar un plan de acción integral que reconozca la importancia de la salud mental en la salud integral de todos. Se reconoce el rol fundamental que juegan la prevención en la salud y el estrés. A partir de un enfoque centrado en el "curso de la vida", que toma en cuenta las necesidades sociales y de salud de cada una de las etapas del ciclo vital que van desde la infancia hasta la vejez, pasando por la adolescencia, la OMS (WHO, 2013), plantea un plan de acción hasta el 2020 que incluye objetivos entre los cuales cabe destacar:

1. Proveer de servicios integrales de salud mental y social con una base comunitaria.
2. Implementar estrategias de acción para la promoción y la prevención.
3. Fortalecer los sistemas de información basados en la evidencia y la investigación.

Estos objetivos indican la importancia y trascendencia de intervenir de manera estratégica con base en una evaluación diagnóstica que refleje la situación de los adolescentes en la actualidad. A pesar de que se reconoce a la adolescencia como una etapa de crecimiento y oportunidades (Lerner *et al.*, 2011), un mundo globalizado con constantes crisis de tipo social, económico y político, plantea a los adolescentes presiones y retos, los cuales no siempre son capaces de manejar de manera posi-

tiva. En este sentido, se considera que la adolescencia también puede ser una etapa vulnerable del ser humano. Muchos procesos aún se encuentran en desarrollo por lo que no todos los adolescentes cuentan con los recursos cognitivos, psicológicos y sociales, para reaccionar de manera positiva frente a algunas situaciones adversas o de riesgo. Los propios jóvenes pueden llegar a presentar conductas, denominadas de riesgo, no sólo porque vulneran su salud integral, sino porque también muchas de ellas son el antecedente de problemas del desarrollo en etapas posteriores (Haglund & Fehring, 2010). Aunque algunas conductas forman parte del proceso de exploración y búsqueda de identidad (Coleman & Hendry, 2003) pueden aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes en función del contexto. Los estimadores poblacionales indican que éstos siguen representando una buena proporción de la población mundial y algunos datos sobre la situación de los adolescentes, hacen que sean considerados como un grupo prioritario en salud por muchas organizaciones interesadas en vigilar el bienestar integral de los individuos.

Las premisas y recomendaciones que establecen las organizaciones encargadas de vigilar la salud de los adolescentes y jóvenes, pueden retomarse a partir de un enfoque ecológico-transaccional para el cual conceptos como adaptación y resiliencia son fundamentales.

Del riesgo a la protección

Se aprecia que existen varias condicionantes que han dado origen a lo que podría considerarse un "proceso transicional" de los modelos de riesgo a los modelos de protección y en particular a un paradigma tan inclusivo como el ecológico-transaccional para entender la adaptación y resiliencia:

1. Las insuficiencias de algunos modelos para explicar porque algunos individuos se enfermaban en contraste a otros que a pesar de diversas condiciones de riesgo, mantenían una trayectoria saludable, es sólo una de las razones que provocaron el crecimiento de modelos orientados a buscar explicaciones en las excepciones y en los factores de protección más que en los factores de riesgo (Benard, 2004).
2. Las limitaciones propias de algunos modelos médicos de la salud mental en niños y adolescentes al proporcionar, a veces, explicaciones causales y unifactoriales al surgimiento de los trastornos mentales, también contribuyó a que dentro de este mismo enfoque surgieran otros supuestos que subrayan la importancia de la interacción entre los factores personales y contextuales (Rutter, 2012b).
3. Los propios avances en las neurociencias, en especial de neuropsicología, que plantean procesos neurológicos como la plasticidad cerebral han propiciado que el desarrollo adolescente sea explicado como producto de la combinación de variables en distintos niveles de desarrollo, que incluso parecen rebasar los proce-

tos neurológicos como muestra la evidencia en biología molecular y los estudios de la interacción genes-medio ambiente (Rutter, 2012a; 2013) por lo que podría sintetizarse que en el desarrollo opera "desde los genes hasta la cultura"².

La incapacidad del sector salud para dar respuesta a la gran demanda en términos de salud, en especial en términos de salud mental, plantearon la necesidad de cambiar el paradigma de intervención secundaria por el de promoción y prevención. Esto ha hecho que se subraye el poder de la educación para un desarrollo y adaptación positiva de los adolescentes, incluso en situaciones de adversidad (Luthar, 2006).

Sin duda éstos y otros elementos contribuyeron en menor o mayor medida a que se cambiara la forma de conceptualizar el desarrollo adolescente y de cómo estudiarlo, con implicaciones teórico-metodológicas para la práctica clínica, lo que a su vez propició que se conceptualice a la adaptación y la resiliencia como dos procesos independientes, pero relacionados y en todo caso el primero incluido en el segundo.

Adaptación y resiliencia

Para el modelo ecológico-transaccional la adaptación es un proceso dinámico que refleja la capacidad de un individuo de organización de sus recursos internos y externos. Implica un equilibrio en función de un contexto psicosocial determinado, permeado por la cultura. Por tanto la adaptación no es estática y puede representarse como un continuo que puede oscilar entre dos polos que van de mayor a menor grado, así como en términos de adaptación positiva o negativa (figura 1-2).

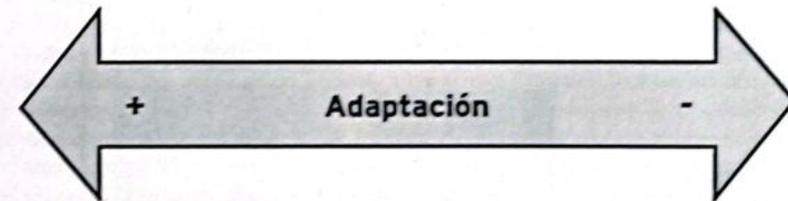


Figura 1-2. Representación gráfica de la adaptación como un continuo.

² Las comillas son del autor.

Para Luthar (2006) la adaptación refleja la capacidad de funcionamiento dentro de una norma, así como la ausencia de problemas emocionales y de conducta significativos, mientras que para Masten y Obradovic (2006), es un fenómeno multidimensional y evolutivo en el cual también están implicadas las competencias (p. ej., cognitivas, psicosociales). El éxito en algunas tareas del desarrollo en un periodo y en futuras tareas de otros periodos o etapas, aún en nuevos dominios, también son indicadores de adaptación. Se argumenta que la competencia y los síntomas están relacionados dentro y a lo largo del tiempo. El éxito o fracaso en las tareas del desarrollo en múltiples dimensiones pueden operar en cascada, de forma que los problemas de un dominio pueden generar problemas de adaptación en otros dominios. De manera coloquial, la adaptación implica presentar un comportamiento relativamente bueno (Rutter, 2012a), o "hacerla" (en inglés "doing well"), lo cual va a depender del contexto en el que se desarrolla el adolescente (Masten, 2001). Desde esta perspectiva, un adolescente puede adaptarse mejor en un contexto que en otro y ser competente en unos dominios y no en otros, lo que a su vez puede variar en función del tiempo. Como se ilustra en la figura 1-3, un adolescente puede presentar problemas de adaptación en el dominio familiar (rectángulo pequeño), con algunas limitaciones en la dimensión social (rectángulo mediano) y con otras áreas como la escolar y la relacional con los pares, que reflejan adaptación positiva (ambos rectángulos mayores).

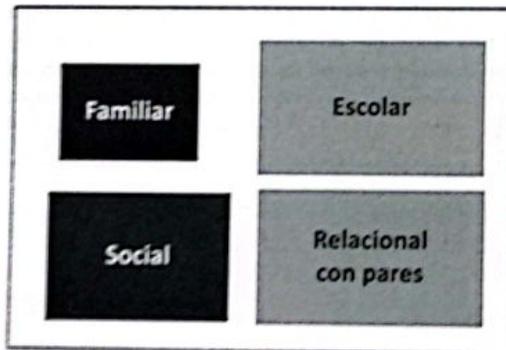


Figura 1-3. Ejemplo gráfico de desbalance de la adaptación por dominios.

La adaptación implica un ajuste interno y externo dado que se encuentra implícito un proceso de transacción entre el adolescente y las demandas del medio ambiente ya sean normativas, es decir propias de la adolescencia e implícitas en el proceso "normal" de desarrollo o no normativas, esto es, aquellas que no son esperadas ni frecuentes en dicha etapa las cuales pueden representar fuentes de estrés. Cuando este equilibrio se altera tienden a presentarse una serie de conductas, no siempre observables de forma directa, que afectan el equilibrio interno del adoles-

cente, por lo que se denominan internalizadas (Achenbach, 2013). Estas conductas implican sentimientos y cogniciones que generan malestar emocional como ansiedad, temor, miedo, depresión, entre otras, reflejando problemas de adaptación, por ejemplo, introversión. Existe otro tipo de comportamientos denominados externalizados que denotan dificultades de adaptación de tipo relacional y que afectan a los demás, que pueden ser observables, como el robar, golpear, mentir, asociadas a comportamiento antisocial. De ahí que aún en este caso sea difícil definir qué comportamientos se pueden considerar adaptados o mal adaptados, ya que van a depender del contexto en el que se presenten y de otros elementos como frecuencia, duración e intensidad de los mismos.

No obstante, hay situaciones que parecen superar los recursos propios de la adolescencia por lo que muchos adolescentes sucumben ante ellos y no logran adaptarse en forma positiva. Por lo general se trata de sucesos no normativos, que implican estrés, riesgo o adversidad significativa, sin embargo, algunos jóvenes no sólo logran enfrentarla, sino que salen fortalecidos después de experimentarlos. Esto generó que los estudios originales en el campo de la "psicopatología del desarrollo" acuñaran el término de resiliencia para describir los comportamientos o resultados adolescentes positivos a pesar de las situaciones estresantes, de riesgo y de adversidad, lo cual iba en contra de las predicciones (Garmezy, 2002; Rutter, 1987; Werner & Smith, 1992). Sus estudios iniciales en especial sobre esquizofrenia y pobreza informaron que a pesar de la carga genética y de otras variables familiares desfavorables, consideradas como riesgo, que predecían desenlaces negativos que derivaran en psicopatología, algunos niños no presentaban trastornos en su comportamiento o psiquiátricos, mientras que otros sí.

Dados estos hallazgos, se ocupó el término resiliencia como la capacidad de los niños y adolescentes para adaptarse de forma positiva a pesar de la adversidad, riesgo o estrés. Por este motivo, algunos autores como Luthar (2006) y Masten (2014) la consideran como un constructo supraordenado que incluye la adaptación. Rutter (2013) indica que es importante considerar que la resiliencia implica comportamiento(s) antes o después de experimentar un riesgo significativo. En el primer caso se puede hacer referencia a un perfil o condición del individuo que hace que reaccione de manera positiva ante la situación de riesgo (entiéndase también recursos). En el segundo caso, sería la adaptación como producto de un proceso que puede evaluarse de forma transversal, con metodologías sensibles y estadísticas robustas, señala Masten (2014).

A juicio de Wyman, Sandler, Wolchik y Nelson (2000) los estudios en resiliencia dentro del enfoque del desarrollo, se han realizado a partir de diversas vertientes, algunas centradas más en el desarrollo humano y la psicopatología en la infancia y la adolescencia, otros se han enfocado a las condiciones de pobreza; y otros más están dirigidos al estudio de niños expuestos a situaciones traumáticas y altamente estresantes. Según los autores, la investigación se ha centrado sobre todo en el estudio de:

1) las condiciones de múltiples factores de riesgo y resiliencia, y 2) procesos de estrés y afrontamiento en contextos de estresores de vida. No obstante, existe un amplio campo sobre adversidad que puede o no estar asociada a otros riesgos, que aunque puede ser episódica es capaz de generar un trauma ante el cual el individuo es capaz de recuperarse, adaptarse e incluso salir fortalecido (Bonnano, 2004; Maddi, 2006). En todo caso, los procesos de riesgo- protección están implícitos.

De acuerdo con Walsh (2004) en el segundo campo se han desarrollado "modelos teóricos" más específicos como el de inmunidad (Seligman, 2003). Parece que pequeñas dosis de experiencias negativas pueden funcionar de inmunización, generar recursos y preparar a los individuos a enfrentar situaciones estresantes. El modelo del desafío, presupone que los eventos estresantes pueden incrementar las pautas de ajuste a través del desarrollo de competencias siempre que los recursos con los que cuenta el individuo sean percibidos como suficientes para enfrentar el "reto". Éste parece tener un mayor poder explicativo, ya que incluye la percepción del estrés y los procesos de afrontamiento en los desenlaces o resultados de adaptación o desadaptación, aunque ambos han contribuido al estudio de la resiliencia.

Dentro de este campo también se ubica la teoría del estrés familiar (McCubbin & Patterson, 1983; Patterson 2002) cuyo foco han sido múltiples factores de riesgo y fuentes de estrés en los cuales se contempla el afrontamiento como parte del proceso de la resiliencia individual y familiar. La investigación a partir de aproximaciones sobre el riesgo como la de Jessor (Jessor *et al.*, 1998; 2003) considera que la vulnerabilidad es otro elemento relacionado al riesgo.

La vulnerabilidad implica condiciones personales o del contexto que potencian las consecuencias negativas del riesgo (Luthar, 2006). Hay personas que dadas sus condiciones, internas o externas, pueden ser más o menos vulnerables, por lo que no se puede hablar de invulnerabilidad. En este sentido la adolescencia como etapa "vulnerable" tiene sus propios riesgos, algunos de los cuales logran modificarse por otra serie de factores o condiciones como el apoyo familiar y social (Gómez & McClaren, 2006), así como de los recursos personales, tal es el caso del entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Rutter, 2007), el aumento de la autoeficacia (Bandura, 2009), la regulación emocional (Gross, 2013), entre otros, los cuales lograrían promover la adaptación y resiliencia.

Durante la adolescencia existen factores biológicos (p. ej., procesos hormonales), psicológicos (p. ej., anticipación y planeación), contextuales (p. ej., influencia de pares) que pueden aumentar la vulnerabilidad y con ello el riesgo para el desarrollo adolescente aumentando la probabilidad de alteraciones en las trayectorias adolescentes con resultados negativos como suicidio, esquizofrenia o anorexia. Cada vez hay más evidencia (p. ej., Costa *et al.*, 2005; Haglund & Fehring, 2010; Jaffee, Caspi, Moffit, Polo-Tomás, & Taylor, 2007; Pinkerton & Dolan, 2007) de que el desarrollo adolescente presenta variaciones que dependen de la combinación de condiciones internas como

externas, algunas de las cuales incrementan el potencial negativo de las condiciones de riesgo.

El papel que juegan dichas situaciones en el desarrollo adolescente puede ser mejor entendido si se consideran como normativas o no normativas por su probabilidad de ocurrencia en la etapa del ciclo vital (McGoldrick & Carter, 2003; Seiffge-Krenke, 1998). Se denomina situaciones o sucesos normativos porque en general forman parte de una etapa determinada del ciclo vital y durante la adolescencia, están relacionados con las tareas del desarrollo. Esto hace que dichos eventos sean predecibles y la mayoría de los adolescentes sean capaces de manejarlos o enfrentarlos de manera exitosa (Compas, Davis, Forsythe, & Wagner, 1987). Algunos ejemplos son: cambios corporales, transición de un grado escolar a otro, cambios relacionales con los padres, sin embargo, pueden ser experimentados de manera negativa y percibirse como estresantes. No obstante, su potencial para desencadenar estrés en los adolescentes dependerá de variables personales como la percepción de la situación, de control del evento y de la autoeficacia para manejar dicha situación o evento, entre otras.

Por el contrario, se pueden presentar otro tipo de situaciones o eventos denominados no normativos en la medida de que no es común que se presenten en la adolescencia o que le ocurra a otros jóvenes. Por tanto, son poco predecibles, difíciles de controlar y aunque son menos frecuentes tienden a impactar de manera significativa y negativa a los adolescentes, generando estrés en la mayoría de los casos. Aunque no se puede hacer referencia a estresores universales, la evidencia muestra que la muerte de uno de los padres, ser abusado sexualmente, sufrir una enfermedad grave o crónica, así como tener un accidente, son situaciones que aumentan de manera considerable la posibilidad de producir estrés y desajuste en el joven (Fergusson & Horwood, 2003; Plunkett, Radmacher, & Moll-Phanara, 2000). Contrario a lo esperado existen jóvenes que a pesar de experimentar eventos no normativos o mayores pueden mantener una adaptación positiva.

La clasificación de los eventos durante la adolescencia, como mayores y cotidianos también resulta útil para entender el desarrollo de éstos. Los primeros se consideran como críticos y en general son no normativos. Mientras que los eventos cotidianos son los que forman parte de la vida diaria, no obstante, por su frecuencia, llegan a ser crónicos, lo que sumado a su intensidad, son capaces de alterar las trayectorias de desarrollo y dar origen a trastornos en la adolescencia (Compas *et al.*, 1987). En este sentido, el estrés cotidiano se convierte en un estresor crónico asociado a condiciones de riesgo o representa un riesgo por sí mismo. Ejemplo de ello es la falta de dinero, que se asocia a condiciones de pobreza que experimentan adolescentes que viven en comunidades marginadas o con vulnerabilidad psicosocial (Rutter, 2000) el ser víctima de constante maltrato en un ambiente familiar violento (Jaffee *et al.*, 2007), o el enfrentar una situación de enfermedad crónica, que no sólo representa un estresor crónico, sino que representa un riesgo que pone la prueba no sólo al adolescente enfermo, sino a todo el sistema familiar (Greening & Stoppelbein, 2007; Rolland, 2000).

En suma, la adaptación es la capacidad de ajuste interno y externo ante situaciones normativas o eventos menores y cotidianos que no son fuentes de estrés significativo. Pero ¿qué pasa cuando los adolescentes se tienen que enfrentar a eventos no normativos, situaciones adversas crónicas o que implican un riesgo significativo? Ello involucra un reto mayor y esfuerzo para mantener un comportamiento adaptado de acuerdo al contexto asociado a factores inherentes a las propias situaciones de adversidad y a los inherentes al adolescente. Es entonces cuando se hace referencia a la resiliencia, como la adaptación positiva, pero ante situaciones de adversidad, estrés, riesgo significativo, o ambas, la cual también puede ser tan diversa y aún más compleja que la adaptación a condiciones ordinarias.

Esto es, tanto la adaptación como la resiliencia, son de carácter multidimensional y multifactorial que pueden ir variando o manifestarse de diferente manera, bajo diversas circunstancias, y dominios, aun tratándose del mismo sujeto (Luthar & Burack, 2000). Queda claro, que ambas representan procesos complejos que no siempre son posibles observar de forma directa, en particular la resiliencia, ya que exige la medición de la adaptación como la identificación de estrés, adversidad o riesgo significativo, por lo cual los métodos multinformantes, multinivel, y multidimensionales resultan ser los más adecuados para medir ambas variables. Al respecto, Rutter (2005) advierte que el desarrollo adolescente es tan complejo que existen por lo menos diez problemas que se tienen que tomar en cuenta y discutir cuando se hace referencia a lo que significa cambios en el desarrollo:

1. Influencias prenatales.
2. Efectos de periodos sensibles del desarrollo.
3. Mecanismos mediacionales en términos de los efectos de las experiencias.
4. Edad como la base de las diferencias en el desarrollo.
5. Diferencias por sexo.
6. Conceptos de normalidad y trastorno.
7. Interrelaciones entre los diferentes dominios psicológicos.
8. Progresión de la psicopatología.
9. Resiliencia.
10. Interacción entre genes y medio ambiente.

Rutter (2013) indica que para entender la resiliencia como un proceso ante ambientes de riesgo, es importante distinguir entre los factores que operan antes de las experiencias de estrés o adversidad que incrementan la resiliencia (p. ej., reflexión, afrontamiento exitoso, autonomía y responsabilidad), mismos que aún se encuentran en desarrollo durante la adolescencia y los que operan después de las experiencias estresantes, que permiten restaurar el buen funcionamiento (p. ej., acciones personales, intervenciones o acciones externas, nuevas experiencias) de las cuales, por ejemplo, el experimentar interacciones gratificantes y de apoyo dentro de la familia, es probable que actúe como factor de protección amortiguando las experiencias adversas en otros dominios. En este sentido se aprecia una clara tendencia a conceptualizar la resiliencia como un proceso de entradas o salidas, en el cual pueden también participar variables mediadoras "durante el proceso"¹ o durante la adversidad por lo cual en la adolescencia la familia juega un papel muy importante.

Masten y Powell (2003) enfatizan que para el estudio de la resiliencia no es suficiente estudiar los riesgos, sino también considerar los factores que pueden promover la resiliencia, lo cual puede ser posible si la investigación e intervención se enfoca en el desarrollo de competencias. Los factores que pueden promover la resiliencia de acuerdo con los autores son las habilidades cognitivas, temperamento, calidad de las prácticas de crianza y "buenas escuelas" por lo cual pueden considerarse como protectores. Cabe señalar que estos elementos parecen relacionarse más con la adaptación y no necesariamente con la resiliencia si se considera un proceso, ya que las competencias no garantizan el ajuste ante situaciones de adversidad que es una característica distintiva de la resiliencia, tal como lo sostiene Rutter (2005).

De forma paralela la evidencia indica que existen factores personales como el afrontamiento de aproximación o productivo (Barcelata, Durán, & Lucio, 2012; Santiago, Etter, Wadsworth, & Raviv, 2012), la personalidad (Barcelata, Luna & Granados, 2013; Maddi, 2006) y otros factores contextuales como el apoyo familiar (Pinkerton & Dolan, 2007; Seiffge-Krenke & Pakalniskiene, 2011), las prácticas de crianza positivas (Smokowski, Bacallao, Cotter, & Evan, 2015) o apoyo social comunitario (Barrera & Prelow, 2000; Repetti, Taylor, & Seeman, 2002); que no sólo promueven la adaptación positiva de los adolescentes a condiciones normales, sino también contribuyen a reducir el efecto negativo del estrés o de situaciones de riesgo.

Benard (2004) señala, que mientras los factores de riesgo predicen de 20 a 49% de problemas en el desarrollo, los factores protectores aumentan su capacidad de predicción de 40 a 70%, por lo que son elementos explicativos fundamentales para manifestar la adaptación y resiliencia. Si se quiere evaluar la adaptación que va más allá de condiciones ordinarias o cotidianas, no sólo es importante identificar sus factores asociados, es sustancial evaluar las condiciones de riesgo, estrés adversidad, o ambos que es la clave para hablar de resiliencia (Rutter, 2013).

¹ Las comillas son del autor.

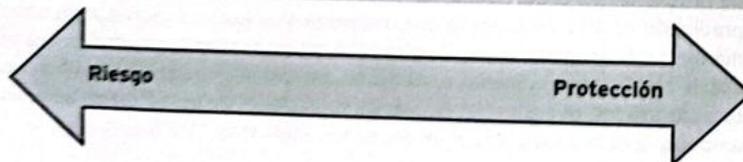
En suma, los factores personales o ambientales pueden representar factores de riesgo, pero ser moderados por variables protectoras que pueden ubicarse también a lo largo de los sistemas de desarrollo adolescente como algunos de los que se presentan en la tabla 1-1.

Desde los orígenes de la investigación sistemática en adaptación y resiliencia (Garmezy, 1991; Masten et al., 1998; Masten, Best, & Garmezy, 1990; Rutter, 2002; Werner & Smith), los hallazgos indican que las variables que contribuyen al desarrollo adolescente dando como resultado la adaptación a situaciones normativas y ordinarias, así como a no normativas y adversas, personales, proximales y distales, parecen operar en un continuo de riesgo-protección.

En este contexto, la definición de Masten y Coastworth, (1998) de resiliencia como un proceso de adaptación positiva en un contexto de riesgo o adversidad significativa o ante la presencia de eventos de vida estresante, cobra sentido.

Tabla 1-1. Factores de riesgo-protección personal, proximal y distal

INDIVIDUAL	PROXIMAL	DISTAL
<p>Biológicos: carga genética, procesos bioquímicos, plasticidad cerebral, edad, sexo</p>	<p>Familiares: cohesión y flexibilidad, sistemas de crianza, patrones relacionales, comunicación, estilos y estrategias de afrontamiento, apoyo familiar</p>	<p>Socioeconómicos: ingreso, nivel socioeconómico, marginación; entorno social, redes sociales o apoyo comunitario</p>
<p>Psicológicos: autoestima, afrontamiento, características o patrones de personalidad, establecimiento de metas, empatía, regulación emocional, locus de control, competencia social, competencia académica o capacidad intelectual</p>	<p>Escolares: relaciones con compañeros y maestros, influencia de pares, sistemas educativos, rendimiento escolar, permanencia escolar</p>	<p>Culturales: valores, ideología, normas</p>



Desarrollo óptimo

Como se aprecia, los enfoques iniciales centrados en buscar la patología que tuvieron su origen en los modelos médicos de riesgo, fueron cambiando para dar paso a modelos centrados en los factores de protección y al de fortalezas y recursos de los individuos (figura 1-4). Dentro de los enfoques emergentes se pueden identificar el denominado "ecológico-transaccional (E-T)", el del "desarrollo positivo del adolescente" [(DPA) *Youth Positive Developmental*, por sus siglas en inglés YPD], así como el identificado como "modelo salutogénico" enmarcado dentro la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Los dos primeros considerados parte de las ciencias del desarrollo y ubicados dentro de la perspectiva sistémica-ecológica (Lerner, 2006; Sameroff, 2012; Ungar, 2012). Todos tuvieron una influencia decisiva de las premisas sobre el desarrollo humano de Bronfenbrenner (1995) incluyendo una visión sistémica del desarrollo adolescente, por lo cual Cicchetti (2010), representante del primer enfoque, plantea que el desarrollo adolescente es producto de la organización de diferentes factores a lo largo de varios sistemas ecológicos, por lo que llega a denominarlo como "perspectiva organizacional".



Figura 1-4. Transición epistemológica del abordaje del desarrollo adolescente.

El valor de estos dos modelos, en especial del modelo del YPD o DPA (Benson et al., 2006; Lerner, Lerner, & Benson, 2011), por un lado, es reconocer que la salud mental y el bienestar emocional va más allá de la adaptación a situaciones ordinarias o normativas, ya que implica un sentido de vida, propósito y direccionalidad (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002) e incluso sentido de realización de sí mismo y productividad para la comunidad (Lerner et al., 2017). También el modelo ecológico-transaccional pionero en el estudio de la resiliencia da un giro para valorar los recursos de la gente y explicar su adaptación incluso ante situaciones adversas. Sin embargo, este modelo valora tanto los factores de riesgo como de protección, ya que el desarrollo no es lineal y muestra diferentes derivaciones que pueden variar en función de múltiples

factores y operar en múltiples niveles a la "entrada" del proceso de desarrollo o mediar entre "la entrada y la salida" del proceso adolescente.

Estos enfoques parecen tener la capacidad de responder a las políticas y lineamientos en salud que desde hace tiempo que organizaciones como la OMS (WHO, 2007a) y a Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH, 2007) indicaban que para un desarrollo adolescente saludable era necesario vigilar por lo menos cuatro factores:

- a) Infancia saludable.
- b) Contar con un ambiente seguro.
- c) Información y oportunidades para desarrollar habilidades prácticas, vocacionales y de vida.
- d) Acceder en igualdad a diversos servicios de apoyo a su crecimiento.

Por ello algunos enfoques emergentes enmarcados en una perspectiva sistémica del desarrollo como el desarrollo positivo de la adolescencia (Lerner & Schmith, 2013), conceptualizan a la adolescencia como una etapa que proporciona a los individuos la oportunidad de desarrollarse en diferentes direcciones, aprovechar sus propios recursos y los del ambiente que les rodea a fin de continuar con su proceso de diferenciación. De acuerdo a Lerner *et al.*, (2011) la historia o temporalidad, es parte de la ecología del desarrollo humano que se vinculan a través de los procesos individuales regulatorios del desarrollo. Siempre hay cambios que tienen por lo menos algún potencial para hacer cambios sistemáticos, como por ejemplo, para la plasticidad a lo largo del ciclo vital. Este potencial para el cambio representa una fortaleza fundamental del desarrollo en los adolescentes, foco principal de la investigación del YPD (Geldhof *et al.*, 2013); debido a la plasticidad durante la adolescencia, la cual implica la capacidad para hacer cambios sistemáticos en la estructura y funcionamiento que contribuye al surgimiento de recursos para una adaptación positiva y un funcionamiento saludable.

En suma, el desarrollo adolescente es un proceso que puede implicar la adaptación a condiciones normativas u ordinarias, la adaptación positiva a situaciones no normativas o de riesgo, estrés, significativo (resiliencia) y la adaptación que involucra el desarrollo de las potencialidades y fortalezas en términos de recursos cognitivos, psicológicos y sociales, que contribuyen al desarrollo óptimo de los adolescentes que va más allá de la "adaptación ordinaria".⁴ Esto significa que la adaptación puede asumir diferentes "formas y niveles" interrelacionadas, que se pueden desplegar en función del contexto (p. ej., normativos, estrés, riesgo, adversidad, retos y oportunidades) y a través del tiempo (figura 1-5). La adaptación como un proceso dinámico, integral y dialéctico entre sistemas personales y contextuales queda de manifiesto cuando se combinan factores en todos los niveles dando como resultado procesos cambiantes de adaptación durante la adolescencia.

⁴ Las comillas son del autor



Figura 1-5. Representación del proceso y niveles de adaptación adolescente.

Contextos distales y proximales de riesgo-protección

Con base en el marco teórico-conceptual que proveen las ciencias del desarrollo, las posturas sistémicas en las cuales se circunscriben perspectivas como la ecológica-transaccional (E-T) y la del desarrollo positivo de la adolescencia (DPA); la adolescencia es un periodo de profundos cambios en múltiples dimensiones que involucran niveles de organización de factores que van desde una dimensión biológica (p. ej., física y fisiológica) hasta una dimensión social (relacional) pasando por cambios cognitivos, emocionales y conductuales. Es una etapa como se mencionó de oportunidades de crecimiento de los individuos, sin embargo, también representa una etapa de vulnerabilidad en la que los riesgos externos pueden potenciar los riesgos propios de la adolescencia.

En este sentido y retomando las premisas básicas de los modelos E-T y del DPA, evaluar los riesgos, así como los factores de protección relacionados con la adaptación, la resiliencia y el desarrollo óptimo es importante, por sus implicaciones para planeación de intervención en términos de promoción, prevención primaria y secundaria, y para el diseño de programas de salud mental universal, selectiva o indicada. En congruencia con la perspectiva ecológica que comparten ambos modelos, la evaluación tendría que ser preferentemente multifactorial y multidimensional o multinivel a lo largo de los distintos sistemas ecológicos (Cicchetti, 2010; 2016). Esto

es importante de tomar en cuenta debido a que los adolescentes reaccionan en función del contexto y de los retos y presiones que cada uno de éstos conlleva. Algunas circunstancias o contextos pueden convertirse en un espacio de desarrollo positivo o por el contrario representar un riesgo para el desarrollo adolescente.

La escuela, por ejemplo, puede ser un espacio de oportunidades para el desarrollo de competencias cognitivas, académicas y sociales. Sin embargo, no está exenta de la presencia de problemas a pesar de que el ir a la escuela se considera un factor de protección para el desarrollo de los adolescentes cuando se les compara con los que no asisten como demuestra más adelante la evidencia. También las familias pueden experimentar situaciones adversas que vulneran la estabilidad de sus miembros, en especial de los adolescentes y sus padres. Por otro lado, cuando las necesidades de los niños y adolescentes no pueden cubrirse de manera adecuada, existen espacios alternativos de desarrollo cuya función es recrear la contención familiar que la familia de origen o biológica no puede dar, las denominadas "casas de acogimiento familiar".

La escuela: escenario de múltiples oportunidades y retos

Durante la adolescencia, el asistir a la escuela, se considera un factor de protección por lo que gran parte de la investigación sobre desarrollo adolescente se lleva a cabo en el contexto escolar con muestras normativas. Los estudiantes representan una buena proporción de un grupo poblacional relativamente libre de problemas, por lo que podría considerarse que pueden constituirse en un sensor que permite conocer la tendencia en términos de salud física y mental de los adolescentes. No obstante, al retomar las premisas de los enfoques sistémicos se reconoce que existen otro tipo de factores personales, familiares y sociales que pueden representar un riesgo para los resultados adolescentes o que pueden ser factores de protección. Procesos asociados a la adaptación y desarrollo positivo, un funcionamiento saludable y bienestar psicológico, como conducta prosocial, afrontamiento productivo, pensamiento positivo, satisfacción con la vida, y creencias, entre otras, son algunos ejemplos de variables que por excelencia se estudian en comunidades escolares con fines de intervención para un desarrollo óptimo (Benson, Leffert, Scales, & Blyth, 2012). De acuerdo a Lerner *et al.*, (2017) no sólo se puede aprender mucho del estudio de los adolescentes y jóvenes que presentan un desarrollo adaptado, sino que se puede desarrollar aún más su potencial si se evalúan y promueven sus recursos y sus fortalezas desde la escuela y las comunidades de aprendizaje. Aun en grupos vulnerables o minoritarios, las fortalezas se pueden potenciar para ayudar a los adolescentes a adaptarse de manera positiva a los cambios y enfrentar los retos propios del desarrollo, así como otros que surgen en situaciones de adversidad. En este sentido el enfoque de DPA converge con los enfoques de la resiliencia que indican que el adolescente puede incluso salir fortalecido después de experimentar una situación

crítica o adversa, ya que representan la oportunidad de movilizar sus recursos potenciándolos a través de la interacción organizada. El resultado será un desarrollo positivo que va más allá de la adaptación.

Sin embargo, el asistir a la escuela no garantiza la salud mental como tampoco implica ausencia de trastornos de conducta y emocionales, ya que la mayoría de los adolescentes no acuden a los servicios de salud a menos que sean enviados o remitidos por las autoridades escolares o por los propios padres (Borges *et al.*, 2009). La escuela representa un espacio que permite evaluar de forma oportuna factores y niveles de riesgo. Por otro lado, posibilita realizar una valoración de los recursos con los que cuentan los adolescentes, lo cual en conjunto puede orientar el diseño de estrategias de intervención que prioricen la promoción y la prevención desde la escuela, de manera que se pueda potenciar el desarrollo positivo trabajando no sólo con los adolescentes, sino incluyendo también a los maestros y padres de familia, propiciando una intervención integral considerando el contexto ecológico social como se ha hecho en otras comunidades (Felner, 2000; Seidman & Pedersen, 2003; Ungar, 2012).

Gracias a la investigación llevada a cabo con muestras normativas de estudiantes, se han podido detectar algunos problemas en sus etapas iniciales como el riesgo suicida el cual ha presentado elevaciones en sus índices a nivel mundial en los últimos años (WHO, 2007b). Otros problemas de gran relevancia social y de salud, es la violencia y las conductas delictivas en adolescentes y jóvenes. Un factor que parece sentar la base o que representa el preámbulo para el desarrollo de psicopatías o trastornos más graves en la edad adulta e incluso al final de la adolescencia es el "*callous unemotional syndrome*" (CUS) o *callous unemotional traits* (CUT) traducido al castellano como "callo emocional", y en México (Galván, 2011) como síndrome de "rasgos de insensibilidad emocional" (RIE) el cual se considera el preámbulo de trastornos de conductas y sociopatías más graves en la adultez (Kimonis, Ogg, & Fefer, 2014).

La importancia de identificar la manifestación temprana de rasgos psicopáticos es la posibilidad de trabajar de manera preventiva (Frick, Bodin, & Barry, 2000) implementando programas sobre prácticas de crianza que podrían orientar a los padres para ayudar a sus hijos a desarrollar empatía, así como a regular sus emociones y sus comportamientos agresivos (Elizur, Somech, & Vinokur, 2016) los cuales se contraponen con los rasgos de insensibilidad emocional relacionados con conducta antisocial y *bullying* (Frick & Viding, 2009).

Las tasas de delincuencia y conducta antisocial, con frecuencia asociados con bajos niveles económicos, educativos y de desarrollo social en general, que caracterizan a algunos países de América Latina, entre ellos México, han contribuido a que surja el interés en estudiar los RIE. Este síndrome ampliamente informado en la literatura mundial, pero reportado muy poco en México (Galván, 2011), implica un conjunto de rasgos que reflejan un inadecuado funcionamiento en los procesos de empatía cognitiva y emocional, problemas para el manejo de emociones, como in-

sensibilidad y baja expresividad emocional, constituyéndose en elementos presentes en adolescentes con rasgos psicopáticos (Blair, 2013).

Las características propias de los contextos escolares, permiten identificar de manera temprana factores como el que se mencionó, así como las correspondientes trayectorias hacia la adaptación o desadaptación del desarrollo en una etapa que es crucial y en la que la plasticidad posibilita cambios. Además permite tener acceso a una comunidad "cautiva", haciendo viable que se realicen estudios longitudinales para evaluar las trayectorias y los efectos de la intervención basada en la evidencia como recomienda la OMS (WHO, 2013), por lo que más adelante se abordan dichos procesos.

Institucionalización: una opción para el desarrollo adolescente

Por otra parte existe evidencia de que algunas condiciones o variables contextuales pueden poner en riesgo el desarrollo adolescente, aumentando la vulnerabilidad que los caracteriza, por ejemplo, acrecentando la probabilidad de que presenten conductas de riesgo y problemas de salud. La necesidad de autoafirmación y autonomía lleva a los adolescentes, en ocasiones a desafiar a la autoridad y las convenciones, lo cual hace probable que presenten conductas de riesgo que pueden poner al límite su integridad física y emocional (Arnett, 1992; Costa, Jessor, & Turbin, 2007). La "rebelión" con los padres trae como consecuencia que se generen conflictos familiares, y que la adolescencia sea vivida como una fase caracterizada por la vulnerabilidad y el estrés, tanto por los padres y a veces por los mismos adolescentes. Este tipo de conductas hasta cierto punto son esperadas, si se conceptualiza esta etapa como una reorganización en diversas dimensiones de manera simultánea, la biológica, social, afectiva, y cognitiva, y que en esta última se encuentra aún en consolidación el pensamiento abstracto, por lo cual el adolescente tiende a funcionar básicamente de manera inductiva, lo que lo lleva a experimentar y sobregeneralizar las situaciones a las que se tiene que enfrentar.

Algunos expertos en desarrollo adolescente (Essau, 2004; Jessor, Turbin, & Costa, 1998) indican que los comportamientos de riesgo pueden ser funcionales para lograr autonomía y dejar de depender de los padres, lograr la estructuración de la identidad, afirmar y consolidar el proceso de maduración, que le permitan anticiparse al fracaso, y lograr la estructuración del sí mismo. Es importante destacar que el desarrollo de conductas de riesgo dependerá en gran medida de los ambientes proximales del adolescente (Youngblade *et al.*, 2007).

Uno de los factores considerados de riesgo es la institucionalización, premisa que se ha discutido mucho dadas las variaciones que pueden existir en las institu-

ciones de asistencia social u hogares sustitutos (Luna, Fridman, Sánchez, Pesenti, & Salgado, 2010). Si se considera que la adaptación adolescente es el resultado de la combinación de factores personales y medio ambientales, esta premisa puede no siempre cumplirse (Rutter, 2000). La evidencia muestra (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2012) que no necesariamente todos los jóvenes que son apoyados por alguna institución de asistencia social presentan problemas de comportamiento. Los ambientes de los que provienen muchos de estos niños, pueden representar mayor riesgo que la institucionalización misma.

La literatura muestra (Rutter, Kreppner, & O'Connor, 2001) que la mayoría de los niños y adolescentes institucionalizados provienen de hogares fragmentados, en situación de abandono o que el nivel socioeconómico es tan bajo que la familia no cubre con sus funciones básicas, constituye un riesgo que parece organizarse en cascada o acumulación de riesgo (p. ej., por su bajo nivel económico, ambiente violento). En estos casos la institucionalización puede ser una fuente de protección temporal, aunque también esto depende de las características de la misma, por lo que los jóvenes pueden presentar problemas de comportamiento, pero también recursos que le permiten un funcionamiento saludable.

Estudiar las pautas del desarrollo, los perfiles de adaptación, los problemas y los recursos de adolescentes de grupos vulnerables o por sus condiciones especiales de riesgo, tiene implicaciones para la prevención y el diseño de programas que promuevan el bienestar físico y psicológico. Los niños que viven en instituciones de asistencia social, carecen de una familia la cual es sustituida por redes relacionales "invisibles" en las que se incorporan los pares, maestros, cuidadores formales y autoridades, lo que significa un riesgo potencial. Sin embargo, la evaluación diagnóstica de recursos que potencialmente pueden contribuir a su adaptación positiva a estas condiciones de riesgo y el desarrollo de los mismos representa la parte inicial de intervención que minimice los riesgos, fortalezca los recursos, y disminuya las consecuencias a mediano y largo plazo, aumentando la adaptación y resiliencia.

El sistema familiar ante el riesgo y la adversidad

La familia es otro espacio de desarrollo, por ello aunque la adolescencia representa importantes oportunidades de crecimiento para los individuos, requiere el compromiso de la familia para enfrentar los riesgos y vulnerabilidades que emergen en este periodo, así como promover el desarrollo saludable con el objetivo de que el adolescente muestre una resolución positiva a los retos que se le presentan.

La familia es un sistema que se autodefine y autorregula a partir de patrones de interacción "invisibles" entre sus miembros, los cuales a su vez se integran en subsistemas a nivel individual, de diadas o grupal. La familia cubre algunos roles, relaciona-

dos, algunos de ellos, con funciones básicas como proveer alimento, vestido y techo. La familia también como todo organismo viviente tiene su propio ciclo vital que se cruza con los ciclos vitales a nivel individual (McGoldrick & Carter, 2003). A lo largo de este ciclo vital también tiene que hacer frente a eventos normativos y no normativos que pueden representar fuentes de estrés y riesgo para su desarrollo armónico, así como para sus miembros (Plunkett *et al.*, 2000). En este sentido la misma familia puede ser un riesgo o protección para sus miembros, lo cual depende a su vez de una serie de factores internos y externos que influyen en su capacidad de adaptación. El subsistema paterno-filial juega un papel central en el desarrollo adolescente, en su interacción se configuran los intercambios afectivos e instrumentales, aunque existen otros factores que influyen en las trayectorias y resultados adolescentes (Dekovic, 2005).

Durante la adolescencia, la búsqueda de la autonomía y la identidad característica de esta etapa, contribuye a que las relaciones al interior de la familia, cambien, sobre todo entre padres e hijos. Se sabe que, por ejemplo, los adolescentes pasan más tiempo con pares, como parte del desarrollo social (Trudeau *et al.*, 2012); sin embargo, se siguen apoyando en los padres durante esta etapa para resolver sus problemas (Coleman & Hendry, 2003). No obstante, tanto los pares como la propia familia pueden ser factores de riesgo o protección dependiendo de otras variables como el contexto (Costa *et al.*, 2005; Jaffee *et al.*, 2007). En un ambiente de riesgo, los pares pueden representar una influencia negativa para su desarrollo y adaptación exitosa, generando discontinuidades en el desarrollo, pero también las familias pueden estar expuestas al riesgo, ser producto del riesgo y representar un riesgo importante para los adolescentes, por lo que existen clasificaciones de familias de alto, moderado y bajo riesgo en función del nivel de ingresos, la escolaridad y ocupación de los padres, o nivel de marginación (Repetti *et al.*, 2002; Sameroff & Rosenblum, 2006).

La teoría del estrés familiar (McCubbin & Patterson, 1983; Patterson, 2002) plantea varios escenarios en los cuales la estabilidad del sistema familiar queda expuesta al riesgo, dada la irrupción de eventos no normativos altamente estresantes que son capaces de cambiar o alterar las trayectorias normales del ciclo vital de toda la familia, de alguno de sus miembros, o ambos. A menudo estos sucesos no normativos ponen a prueba la capacidad de adaptación o la "plasticidad" de la familia dado su alto potencial de generar estrés.

La enfermedad en algunos de los miembros de la familia, en especial de los adolescentes y de los padres suele generar mucha presión o estrés, más cuando se trata de una enfermedad crónica o mental. La importancia de esta condición negativa durante la adolescencia se hace evidente. La enfermedad no sólo aumenta la vulnerabilidad del adolescente, sino también la de los padres (Granados, Parada, & Cáceres, 2014). Su potencial como estresor es alto (Rolland & Walsh, 2006). Se trata de un suceso que integra varias condiciones que aumentan la vulnerabilidad:

a) Es un acontecimiento no esperado; b) No se encuentran preparados para afrontarlo; c) Implica cambios profundos en la estructuración de todo el sistema familiar; d) Demanda de muchos recursos, en particular para los padres quienes son los responsables del cuidado de los hijos; e) Es percibido como una carga que rebasa los recursos propios. Éstas son sólo algunas condiciones que contribuyen a la presencia de estrés, vulnerando la salud de los propios padres que se constituyen en los cuidadores primarios. La enfermedad no es sólo física, existen otro tipo de alteraciones en el desarrollo que afecta la integridad emocional de los mismos que representa una fuente importante de preocupación y estrés en los padres.

La discapacidad implica otra adversidad que impacta a todo el sistema familiar a corto, mediano y largo plazo. Aunque puede considerarse como un evento de naturaleza no normativa, dependiendo del tipo de discapacidad, magnitud y secuelas en el desarrollo, hay padres y familias que llegan a "normalizar" dicha condición después de pasar por un proceso largo que lleva a su aceptación (Rolland, 2000). La discapacidad, de manera similar a la enfermedad física o a los trastornos emocionales, genera tensión y demanda esfuerzo por parte de alguno de los padres o cuidador primario, lo que puede alterar su ritmo y calidad de vida e incluso vulnerar su estado general de salud (Buitrago, Ortiz, & Eslava, 2010). Las alteraciones del desarrollo físico o emocional en la adolescencia implican sucesos críticos con alto potencial para producir estrés en los adolescentes y sus padres.

Estos dos contextos representan ejemplos que se ubican en el dominio de la resiliencia ante el estrés significativo (Wyman *et al.*, 2000). Con base en un enfoque de la resiliencia, adolescentes y padres pueden adaptarse de forma positiva cuando operan factores de protección como el apoyo familiar, la flexibilidad, la comunicación (Walsh, 2003), el afrontamiento (Espada & Grau, 2012), y un funcionamiento familiar caracterizado por unión, cohesión y adaptabilidad (Caicedo, 2014) los cuales se revisarán más adelante.

Conclusiones

La adolescencia representa una etapa del ciclo vital en el que se desarrollan y configuran varias dimensiones que van a ser la base de una evolución adecuada hacia la vida adulta. Los cambios, pero a la vez la plasticidad, que caracterizan a esta etapa hacen que se considere un periodo de cambios, retos y oportunidades. Este complejo proceso de crecimiento y de madurez hacia la adultez, está determinado por la interacción de varios factores personales, proximales y distales.

El desarrollo adolescente se concibe como producto de la interacción de diversos factores que operan a lo largo de distintos niveles que pueden presentar continuidades y discontinuidades en sus trayectorias que influyen en los resultados de los

adolescentes. La investigación de los procesos durante la adolescencia pueden ser explorados de manera más precisa con base en las ciencias del desarrollo con enfoques sistémicos, en los que se ubican los modelos ecológico-transaccional y del desarrollo positivo del adolescente, ya que representan un marco teórico-metodológico, a partir del cual se pueden planear acciones de salud mental a nivel preventivo y de promoción de un desarrollo positivo con base en la evidencia. Los hallazgos de investigación señalan que los procesos de adaptación, resiliencia y desarrollo óptimo se encuentran relacionados pudiendo variar en función de variables contextuales, por lo que es importante evaluar factores de riesgos y protección involucrados en el proceso adolescente en distintos escenarios, con diferentes grupos de adolescentes.

En síntesis, en la última década, el modelo ecológico transaccional, se ha fortalecido y representa un amplio paradigma que integra una gran variedad de posturas y teorías, algunas integracionistas, interesadas en el desarrollo de niños, adolescentes y jóvenes, desde una visión ecológica-sistémica (p. ej., Cicchetti, 2016; Lerner et al., 2017; Sameroff, 2014; Ungar, 2012), de las cuales se derivan diversas metodologías que orientan la investigación y la intervención basada en la evidencia. Este modelo ha orientado la investigación en adolescencia y familia, cuyos hallazgos se presentan en los siguientes capítulos, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico, lo que ha permitido dar lectura a los procesos por los que atraviesan principalmente los adolescentes y padres de diversos contextos, grupos y condiciones normativas u "ordinarias" o caracterizadas por algún tipo de adversidad o riesgo.

Referencias

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1980) La adolescencia normal. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Achenbach, T. (1999). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 29-48). New York: Cambridge University Press.
- Arnett, J. (1992). Review: reckless behavior in adolescence: a developmental perspective. *Developmental Review*, 12:339-373.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(6):317-326.
- Arnett, J. (2008). Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque cultural. 3ª ed. Edo. de México, Mexico: Pearson Educación.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18:13-25.
- Barcelata B., Durán, C., & Lucio E. (2012). Coping strategies as predictors of resilience in adolescents with economic hardship. In K. Moore, K. Kaniasty, & P. Buchwald (Eds.). *Stress and Anxiety: Application to economic hardship occupational demands, and developmental challenges*. (pp. 7-17). Berlin: Logos Verlag.

- Barrera, M. & Prelow, H. (2000). Interventions to promote social support in children and adolescents. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 309-340). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Benard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned*. San Francisco: West Ed.
- Benson, P. L., Leffert, N., Scales, P. C., & Blyth, D. A. (2012). Beyond the "village" rhetoric: Creating healthy communities for children and adolescents. *Applied Developmental Sciences*, 16(1):3-23.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2006). *Positive youth development: Theory, research, and applications*. John Wiley & Sons, Inc.
- Bertalanffy, L. V. (1978). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Blair, R. (2013). The neurobiology of psychopathic traits in youths. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(11):786-799.
- Blos, P. (1975) *Psicoanálisis de la adolescencia*. Méico: Joaquín Mortiz
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M., Orozco, R., & Wang, P. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in México City. *Bulletin of World Health Organization*, 86(10):757-764.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. J. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development*. 6th ed. (pp. 793-828). NJ: Wiley.
- Buitrago-Echeverri, M. T., Ortiz-Rodríguez, S. P., & Eslava-Albarracín, D. G. (2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1):59-77.
- Caicedo, C. (2014). Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6), 398-407. doi.org/10.1177/1078390314561326
- Carlson, E. & Sroufe, A. (1995) Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen. (Eds.) *Developmental Psychopathology. Theory and Methods I*. 1ª ed. (pp. 581-624). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ciaramicoli, A. & Ketcham, K. (2000) *El poder de la empatía*. Buenos Aires: Vergara
- Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 3:145-154.
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on

- child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67, 187-211. doi: 10.1146/annurev-psych-122414-033259
- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen. (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. 2ª ed. (pp. 3-20). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1):6-20.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. 3. *Risk, Disorder, and Adaptation*. 2ª ed. (pp. 129-201). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4th ed.). Madrid: Morata.
- Compas, B., Davis, G., Forsythe, C., & Wagner, B. (1987) Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4):534-541.
- Costa, F. M., Jessor, R., Turbin, M. S., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context protection and context risk in the United States and China. *Applied Developmental Science*, 9(2):67-85.
- Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (2007). College student involvement in cigarette smoking: the role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(2):213-224.
- Damon, & Lerner, R. (2008). The scientific study of child and adolescent development: important issues in the field today. In W. Damon & R. Lerner. *Child and adolescent development. An advanced course* (pp. 3-18). New York, USA: John Wiley & Sons
- Dekovic, M. (2005). Multiple perspectives within the family: Family relationship patterns. *Journal of Family Issues*, 26(4), 467-490. doi:10.1177/0192513X04272617
- Ebata, A., Petersen, A. & Conger, J. (2002). The development of psychopathology in adolescence. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 306-333). New York: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. (2000a). Empathy and sympathy. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions*. 2ª. Ed. (pp. 677-691). Nueva York: Guilford Press
- Eisenberg, N. (2000b). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51:665-697.
- Elder, G.H., & Shanahan, M.J. (2006). The life course and human development. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.) *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 939-991). New York: Wiley.
- Elizur, Y., Somech, L., & Vinokur, A. (2016). Effects of parent training on callous-unemotional traits, effortful control, and conduct problems: mediation by parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45:15-31. doi:10.1007/s10802-016-0163

- Erikson, E. (1986). *Sociedad y adolescencia*. 5ª ed. México: Siglo XXI.
- Espada, M. del C., & Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1):25-40. doi.org/10.5209/rev.
- Essau, C.A. (2004). Risk-taking behaviour among German adolescents. *Journal of Youth Studies*, 7:499-512.
- Felner, R. (2000). Educational reform as ecologically-based prevention and promotion: The Project on High Performance Learning Communities. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, y R. Weissberg (Eds.). *The promotion of wellness in children and adolescents* (pp. 271-307). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Fernández-Daza, M., & Fernández-Parra, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3):797-810. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp
- Fergusson, D. & Horwood, L. (2003). Resilience to childhood adversity. Results of a 21-year study. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 130-155). New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., Target, N., Steele, M. & Gerber, A. (1995). Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.). *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. (pp. 504-554). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Freud, A. (1969). *Psicopatología y normalidad en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Frick, P., Bodin, S. & Barry, C. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12(4):382-393.
- Frick, P. & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4):1111-1131. doi.org/10.1017/S0954579409990071
- Galván, C. (2011). *Validez y confiabilidad del inventario de rasgos de insensibilidad emocional de Frick, en una muestra de adolescentes escolares y de adolescentes en conflicto con la ley*. (Tesis para obtener especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). UNAM, México.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34:416-430.
- Garnezy, N. (1993). Developmental psychopathology: some historical and current perspectives. In D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 95-126). New York: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (2002). Resiliency Development. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Geldhof, J., Bowers, E., Johnson, S., Hershberg, R., Hilliard, L. Lerner, J., & Lerner, R. (2013). Relational developmental systems theories of positive youth development. *Methodological Issues and Implications*. In P. Molenaar, R.

- Lerner & K. Newell (Eds.) *Handbook of Developmental Systems Theory and Methodology*. (pp. 66-94) New York: Guilford Publications.
- Granados, J., Parada, J. P., & Cáceres, Y. M. (2014). Funcionalidad de las relaciones intrafamiliares en los pacientes con cáncer. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(1):27-34.
- Gómez, R. & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 30(6):1165-1176.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief report: Pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10):1272-1277.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3):359.
- Grotevant, H.D. (1998). Adolescent development in family contexts. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology*. 3. (pp. 1097-1149). New York: John Wiley & Sons.
- Haglund, K. A., & Fehring, R. J. (2010). The association of religiosity, sexual education, and parental factors with risky sexual behaviors among adolescents and young adults. *Journal of Religion and Health*, 460-472.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffit, T., Polo-Tomás, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31:231-253.
- Jaworska-Andryszewska, P., & Rybakowski, J. (2016). Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. *Psychiatria Polska*, 50(5):989-1000.
- Jessor, R., Turbin, M. & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3):788-800.
- Jessor, R., Turbin, M., S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, C. (2003). Adolescent problem behavior in China and the United States: A cross-national study of psychosocial protective factors. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3):329-360.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Riff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6):1007-1022.
- Kidwell, J., Fischer, J., Dunham, R. & Baranowski, M. (1983). Coping with normative transitions. In H. McCubbin & Ch. Figley. *Stress and the Family*. Vol. I. (pp 74-89). New York: Brunner/Mazel Publisher.
- Kimmel, D. & Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Kimonis, E., Ogg, J. & Fefer, S. (2014). The relevance of callous-unemotional traits to working with conduct problems. *National Association of School Psychologists*, 42(5):9-12.
- Krauskopf, D (2007). Sociedad, Adolescencia y Resiliencia en el Siglo XXI. En M. Munist, N.E. Suarez, D. Kauruskopf, & M. Silver (Ed.). *Adolescencia y resiliencia*.

- (pp. 1-15). Buenos Aires: Paidós.
- Lerner, R. M. (2006). Developmental science, developmental systems, and contemporary theories of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*. 6th ed. (pp. 1-17). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., & Benson, J. B. (2011). Research and applications for promoting thriving in adolescence: A view of the issues. In R. M. Lerner, J. V. Lerner, & J. B. Benson (Eds.), *Advances in child development and behavior: Vol. 42. Positive youth development: Research and applications for promoting thriving in adolescence*. (pp. 1-16). Amsterdam: Elsevier.
- Lerner, R., Lerner, Lewin-Bizan, S. Bowers, E.; Boyd, M, Mueller, K.,...&Napolitano, C. (2011). Positive Youth Development: Processes, programs, and problematics. *Journal of Youth Development*, 1:40-64.
- Lerner, R. & Schmid, K. (2013). Relational developmental systems theories and the ecological validity of experimental design. *Human Development*, 56, 372-380. doi: 10.1159/000357179
- Lerner, R. M., Wang, J., Hershberg, R. M., Buckingham, M. H., Harris, E. M., Tirrell, J. M., ... & Lerner, J. V. (2017). Positive youth development among minority youth: A relational developmental systems model. In N Cabrera & B. Leyendecker (Eds.). *Handbook on positive development of minority children and youth*. (pp.5-18). Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-43645-6
- Luna, M., Fridman, D., Sánchez, M., Pesenti, M., & Salgado, V. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: RELAF-UNICEF
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. Three: Risk, Disorder and Adaptation. (pp. 739-795). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Luthar, S. & Burack, J. (2000). Adolescent Wellness: In the eye of the beholder? In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, y R. Weissberg (Eds.). *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 29-58). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1):155.
- Maddi, S. (2006). Hardiness: The courage to grow from stress. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3):160-168.
- Magnusson, D. (1995). Individual development: A holistic integrated model. In P. Phyllis an G. (Eds.) *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. (pp. 19-60). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Magnusson, D., & Stattin, H. (2006). The person in context: A holistic-interactionistic approach. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*. (pp.

- 400-464). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3):227-238.
- Masten, A. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1):6-20.
- Masten, A., Best, K., & Garmesy, N. (1991). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2:425-444.
- Masten, A. & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3):491-495.
- Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53:205-220.
- Masten, A. & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1):13-27. doi: 10.1196/annals.1376.003
- Masten, A. & Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 1-25). New York: Cambridge University Press.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. In H. McCubbin & Ch. Figley (Eds.), *Stress and the Family. Volume I: Coping with normative transitions*. (pp 5-25). New York: Brunner/Mazel Publisher.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. (pp. 375-398). New York: The Guilford Press.
- McNeely, C. & Blanchard, J. (2009). *The teen years explained: A guide to healthy adolescent development*. Baltimore, U.S.A.: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Mead, M. (1979). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Editorial Laia.
- Patterson, J.M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2):349-360.
- Pedersen, S., Seidman, E., Yoshikawa, H., Rivera, A. C., Allen, L., & Aber, J. L. (2005). Contextual competence: Multiple manifestations among urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 35(1-2):65-82.
- Piaget, J. (1974) *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Pinkerton, J. & Dolan, P. (2007). Family support, social capital, resilience and adolescent coping. *Child and Family Social Work*, 12:219-228.
- Plunkett, S., Radmacher, K. Kimberly, A. & Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3, 5:356-367.
- Prelow, H. M., Bowman, M. A., & Weaver, S. R. (2007). Predictors of psychosocial well-being in urban African American and European American youth: The role of ecological factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(4):543-553.
- Repetti, R., Taylor, E., & Seeman T. (2002). Risky families: Family social environments

- and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin of American Psychological Association*, 12(8):330-366.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona, España: Gedisa.
- Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion of Pediatrics*, 18(5):527-538.
- Roque, M. & Acle, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3):811-820.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57:316-31.
- Rutter, M. (1993). Developmental psychopathology as a research perspective. In D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 127-152). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Stress research. Accomplishments and tasks ahead. In R. J. Haggerty, I.R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter. *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. (pp. 354-385). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2002). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(3):221-252.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M. (2012a). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24:335-344. doi:10.1017/S09545579412000028
- Rutter, M. (2012b). Resilience: Causal pathways and social ecology. In M. Ungar (Ed.). *The social ecology of resilience*. (pp. 33-42). New York: Springer.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4):474-487.
- Rutter, M. Kreppner, J.M., & O'Connor, T.G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179:97-103.
- Sameroff, A. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen. *Developmental Psychopathology. Theory and Methods. 1*. (pp. 659-695). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sameroff, A. (2012). Discontinuity: The hallmark of developmental science. *International Journal of Developmental Sciences*, 6:37-39. doi: 10.3233/DEV-2012-11100
- Sameroff, A. (2014). A dialectic integration of development for the study of psychopathology. In M. Lewis & K.D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. (pp. 25-43). New York: Springer.

- Sameroff, A. & Rosenblum, K. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annuary of New York Academy Science*, 116-124.
- Sameroff, A. & Seiffer, R. (2002). Early contributors to developmental risk. In J. Rolf, A. Masten, Cicchetti, K. Nuechterlein, & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopatology*. (pp. 52-67). New York: Cambridge University Press.
- Santiago, C., Etter, E., Wadsworth, M., & Raviv, T. (2012). Predictors of responses to stress among families coping with poverty-related stress. Anxiety, stress, and coping development. *Child Development*, 72(6):1794-1813.
- Seidman, E. & Pedersen, S. (2003). Holistic contextual perspectives on risk, protective and competence among low income urban adolescents. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability adaptative in the context of childhood adversities*. (pp. 318-342). New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I., & Pakalniskiene, V. (2011). Who shapes whom in the family: reciprocal links between autonomy support in the family and parents' and adolescents' coping behaviors. *Youth Adolescence*, 40:983-995. doi: 10.1007/s10964-010-9603-9
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' Health. A developmental perspective*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. (2003) Positive Psychology. Fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16(3):126- 127.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1):5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5 5-14
- Smokowski, P., Bacallao, M., Cotter, K., & Evans, C. (2015). The effects of positive and negative parenting practices on adolescent mental health outcomes in a multicultural sample of rural youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3):333-345.
- Trudeau, L., Mason, W., Randall, G., Spoth, R., & Ralston, E. (2012). Effects of parenting and deviant peers on early to mid-adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal & Child Psychology*, 40(8):1249-1264. doi:10.1007/s10802-012-9648-1
- Ungar, M. (2012). Social ecologies and their contribution to resilience. In M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience. A handbook of Theory and practice*. (pp.13-32). New York: Springer.
- UNICEF (2016). Estado mundial de la Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/spanish/>
- Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D. S. (2008). Conceptualizing and re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1-2):30.
- Wadsworth, M., Raviv, M.A., Compas, B., & Connor-Smith, J. (2005). Parent and adolescent responses to poverty related stress: Tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2):283-298.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1):1-18.

- Walsh, E. (2004). *Resiliencia familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. New York: Cornell University Press
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., & Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post- institutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1):56-63.
- Wohl, J. & Erickson, S. (1999). *Fundamentos del desarrollo humano*. México: Pax-Mex.
- World Federation for Mental Health (2007). Making Mental Health a Global Priority. World Mental Health Day: Building awareness-reducing risk: mental illness and suicide. Recuperado de: <http://www.wfmh.org/00worldmentalhealthday.html>
- World Health Organization (2007a). *Child and adolescent health and development. Progress Report 2006-2007*. Recuperado de http://www.who.int/child_adolescent_health/en/index.html
- World Health Organization (2007b). *World suicide prevention day*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/en/index.html>
- World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- Wyman, P., Sandler, I., Wolchik, Sh., & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 133-184). Washington, DC: Child Welfare.
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I.C., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, school, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119:47-53.

Bienestar óptimo y conducta prosocial en la adolescencia: una mirada al contexto escolar

*Diego Josafat Rivas Miranda
Dulce Alejandra López García*

*“Ayudar al que lo necesita no sólo es parte del deber,
sino de la felicidad”*

José Martí

Desde el inicio de la historia humana, la felicidad ha sido uno de los temas más importantes del hombre, desde la filosofía griega antigua hasta la investigación en ciencias sociales, políticas, económicas y también dentro de la psicología. Por desgracia, dentro de varias ramas de la ciencia incluida la psicología, después de la primera Guerra Mundial el estudio de la felicidad y de los aspectos positivos del ser humano fueron olvidados y se enfocó principalmente en el estudio del trastorno mental y los déficit del hombre (Seligman, 2003; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La etapa de la adolescencia también se ha estudiado dentro de esta visión de lo patológico o negativo, incluso llegando a considerarse como un período turbulento y conflictivo (Arnett, 1999). A pesar del predominio de este modelo, en los últimos años ha surgido uno centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia (Benson, Scales, Hamilton, & Sesman, 2006) denominado Desarrollo

Positivo del Adolescente (DPA), el cual se ha especializado en esta etapa del desarrollo humano y adopta una perspectiva de bienestar, poniendo especial énfasis en la existencia de condiciones saludables y ampliando el concepto de salud para incluir las habilidades, comportamientos y competencias necesarias para tener éxito en el empleo, la educación y la vida cívica. Va más allá de la erradicación del riesgo y aboga de manera deliberada por la promoción del bienestar. En consecuencia, niega que un adolescente sólo es saludable cuando está libre de problemas (Pittman, Irby, Tolman, Yohalem, & Ferber, 2003). Tal como se mencionó en el capítulo 1, la adolescencia a partir del DPA es ante todo una etapa de recursos, de oportunidades para crecer a partir de la experiencia y por supuesto de retos. De ahí la importancia de "empoderar" y fortalecer los recursos potenciales de los adolescentes, los cuales necesitan de una guía y apoyo para poder crecer y no sólo desarrollarse de forma positiva como individuos, sino ser capaces de ser productivos para sí mismos y para los demás a través del desarrollo de un sentido positivo de sí mismo que le genere satisfacción con la vida y bienestar integral.

Es por ello que se vuelve tan importante analizar qué factores pueden promover un mayor bienestar en esta etapa, en especial porque los adolescentes representan en cualquier momento de la historia la próxima cohorte generacional que debe estar preparada para asumir la responsabilidad de la familia, la comunidad y la sociedad con el objetivo de mantener y mejorar la vida humana (Lerner, 2000). También es importante saber cuál es la relación entre el bienestar personal y las cuestiones más amplias del bienestar colectivo, de la humanidad y del planeta. Está claro que en ocasiones cuando los individuos pretenden encontrar su propio "bienestar" pueden crear condiciones que hacen más difícil el logro del bienestar de los demás. Una cuestión importante, por lo tanto, se refiere a los factores que el bienestar individual puede facilitar al bienestar colectivo.

Siguiendo esta misma línea, la conducta prosocial se convierte en un medio a través del cual las personas pueden encontrar un estado de bienestar de formas que sean sostenibles en el contexto de los siete mil millones de personas que también aspiran a ser plenamente felices en esta vida, donde aspectos como el egoísmo, la lucha deshumanizada por el prestigio y el dinero, la competitividad, entre otros aspectos están cada día más presentes. Es de esta manera que el objetivo del presente capítulo es estudiar las aproximaciones del bienestar y de la conducta prosocial, así como el vínculo que existe entre ambas y los hallazgos en relación a estos tópicos en adolescentes mexicanos.

Bienestar óptimo: aproximaciones para su estudio integral

Si se considera por un momento cómo se contesta normalmente a la pregunta ¿Cómo estás?, la mayoría responde con un breve "estoy bien", es decir, se simplifican las respuestas en esos intercambios cotidianos, porque una conversación centrada y genuina sobre el estado del bienestar exigiría una reflexión y una escucha auténtica del que la mayoría de nosotros tenemos. Sin embargo, en las diferentes investigaciones se ha producido una situación confusa en relación al intercambio de términos como bienestar psicológico, bienestar subjetivo, calidad de vida, felicidad, salud, entre otros, poniendo en tela de juicio los diferentes resultados obtenidos por los diferentes investigadores. No obstante, en el área de la psicología del desarrollo, Ryan y Deci (2001) proponen la organización del estudio del bienestar tomando como referencia dos corrientes filosóficas: la tradición hedónica y la eudaimónica. De la primera deriva el concepto de bienestar subjetivo, el cual implica satisfacción con la vida, presencia de estado de ánimo positivo y ausencia de estado de ánimo negativo (Diener, 1994). Por otro lado, de la tradición eudaimónica surge el concepto de bienestar psicológico, que se refiere al desarrollo del potencial y a los esfuerzos que se realizan para lograrlo (Ryff & Keyes, 1995). Cuando una misma persona presenta un nivel alto de bienestar psicológico y subjetivo, se le denomina bienestar óptimo (Keyes, Shostkin, & Ryff, 2002).

Perspectiva hedónica: Bienestar Subjetivo (BS)

El bienestar subjetivo (BS) es definido por diferentes investigadores como aquello que las personas piensan y sienten con respecto a su vida y las conclusiones resultantes cuando evalúan su existencia (Diener, 2012). Según Diener y Scollon (2014), las características más relevantes del BS son: que constituye un juicio personal, incluye medidas positivas, y que las medidas de BS abarcan una evaluación global o particular de la vida de la persona. De acuerdo con Cuadra y Florenzano (2003), el BS tiene cuatro componentes separables: satisfacción con la vida, afecto positivo, afecto negativo y satisfacción con dominios importantes de la propia vida como la escuela o la familia.

La parte cognitiva de la estructura del BS denominada satisfacción con la vida, hace referencia a un proceso de juicio mediante el cual los individuos valoran sus vidas con base en un estándar que ellos mismos construyen, de acuerdo con sus criterios subjetivos (Pavot, Diener, Randall & Sandvik, 1991), y estos juicios pueden referirse a la vida en general o a dominios específicos como el lugar donde se vive, escuela o familia.

La dimensión afectiva se relaciona con los afectos/emociones, tales como estar alegre, preocupado o aburrido. Se entiende al afecto como la experiencia anímica y emocional que las personas experimentan e informan sobre la marcha de sus vidas. El afecto refleja en última instancia la reacción ante cualquier experiencia o situación

vital y constituye una de las bases sobre la que se efectúan valoraciones globales acerca del bienestar. El afecto incluye tanto reacciones relativamente transitorias y ligadas a estados fisiológicos reconocibles, que serían las emociones, y a estados más difusos y permanentes, denominados "estados de ánimo" (Kahneman, 1999).

Para evaluar este constructo, en México se cuenta con el inventario propuesto por Anguas (2000), válido para una población colectivista, denominada Escala de Medición Multidimensional de Bienestar Subjetivo (EMMBSAR). Esta escala ha sido la base en la investigación posterior del constructo de bienestar subjetivo en México, así como también ha sido validada en diferentes subculturas mexicanas y rangos de edad. Consta de dos escalas: experiencia emocional que cuenta con dos subescalas denominadas frecuencia emocional e intensidad emocional; la primera está conformada por seis factores (afectividad positiva, expresividad positiva, hedonismo emocional, afectividad negativa, expresividad negativa, inseguridad afectiva), mientras que la subescala de intensidad tiene cinco factores (afectividad positiva, expresividad positiva, hedonismo emocional, afectividad negativa, expresividad negativa). La segunda es la escala de evaluación afectiva-cognitiva de la vida, la cual se compone de seis factores (interacción social recibida y expresada, logros personales, religión, calidad de vida, clima familiar, logros nacionales). Por último, cabe resaltar que la teoría propuesta por Diener fue pertinente para la construcción de esta escala.

Perspectiva eudaimónica: Bienestar Psicológico (BP)

Para Ryff y Keyes (1995), el Bienestar Psicológico (BP) se presenta como un constructo multidimensional y un concepto que rescata la tradición iniciada por Aristóteles, conocida como eudaimonismo. Desde esta perspectiva, el bienestar apunta a un conjunto de ámbitos y funciones que serían indicadores del desarrollo humano (Keyes, et al., 2002), es decir, vivir de forma plena o dar realización a los potenciales humanos más valiosos (Ryan & Huta, 2009).

Además de lo propuesto por Aristóteles, el modelo de BP también está basado en propuestas teóricas de diversos autores de las cuales fueron tomadas algunas ideas y conceptos. Por ejemplo, de Jung fue retomada la formulación de la individuación; de Erikson se consideró el modelo de etapas del desarrollo psicosocial; de Bühler el modelo de las tendencias básicas que trabajan hacia la realización de la vida; de Allport la concepción de madurez que abarca ciertas cualidades como amplitud de pensamiento, cálidas relaciones con otros, seguridad emocional y autopercepción realista; de Maslow la idea de la necesidad de autoactualización del ser humano; de Rogers se adoptó la postura del funcionamiento total de la persona; de Jahoda el criterio de salud mental positivo; y de Frankl el propósito y el significado de vivir, en particular cuando se enfrenta a grandes tragedias (Ryff & Singer, 2008).

Las ideas y definiciones teóricas descritas antes fueron la guía para crear las seis

dimensiones del modelo del BP realizado por Ryff (1989) y Ryff y Singer (2008), las cuales son definidas de la siguiente manera:

Autoaceptación: se relaciona con el hecho de que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones, es decir, que tengan una actitud positiva hacia buenas y malas cualidades del *self* y sentimientos positivos hacia la vida pasada. Por lo tanto, las personas que carezcan de autoaceptación se sentirán insatisfechas consigo mismas, estarán decepcionadas con lo que les ha ocurrido en su vida, tendrán problemas con ciertas cualidades personales y desearán ser diferentes de lo que son. De esta manera, el tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

Autonomía: evalúa la capacidad de la persona para sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento en la toma de decisiones. Los adolescentes que no han desarrollado su autonomía expresan su preocupación por las expectativas y evaluaciones de los otros, se basan en juicios de los demás para tomar decisiones importantes y se ajustan a las presiones sociales para pensar y actuar de cierta manera.

Relaciones positivas con otros: se refiere a mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que se pueda confiar. La capacidad para amar y una afectividad madura son componentes fundamentales del bienestar y de la salud mental. Alguien que no posee relaciones positivas y que tiene pocas relaciones cercanas y confiables con los otros, es muy probable que presente dificultades para ser cálido, abierto e interesado por los demás, además de mostrarse aislado y frustrado en sus relaciones personales, y no estar dispuesto a hacer compromisos para mantener lazos importantes con los otros.

Dominio del entorno: se define como la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

Propósito en la vida: se requiere que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta dimensión indicaría la presencia de metas en la vida y un sentido de dirección. Este tipo de personas sentiría que su vida presente y pasada tiene significado, y mantendría firmes creencias de que la vida tiene un propósito. Por el contrario, alguien con puntajes bajos tendría pocos objetivos, no encontraría el sentido de su vida pasada y no tendría prospectos.

Crecimiento personal: se refiere a la capacidad para generar las condiciones necesarias para desarrollar su potencial y seguir creciendo como persona. Alguien así tendría un sentimiento de desarrollo continuo, se vería a sí mismo en crecimiento y

expansión, estaría abierto a nuevas experiencias y tendría el sentido de realización de su potencial. Alguien con puntajes bajos tendría un sentimiento de estancamiento, de falta de crecimiento, se sentiría aburrido, desinteresado con la vida, sería incapaz de adoptar nuevas actitudes o conductas.

Esta estructura propuesta por Ryff ha sido puesta a prueba y no se han informado resultados concluyentes respecto al número de dimensiones del bienestar (Burgos, 2012; Casullo & Castro-Solano, 2000; Loera, Balcazar, Trejo, Gurrola, & Bonilla, 2008; Van Dierendonck, 2004). En México se adaptó este instrumento en su versión española realizada por Van Dierendonck (2004) en una muestra de personas entre 17 y 40 años de edad (Medina, Gutiérrez, & Padrós, 2013), y también en adolescentes de bachillerato (Loera, et. al., 2008) encontrándola válida y confiable. Por otra parte, González y Andrade (2016) diseñaron y validaron una escala de BP para adolescentes mexicanos basada en el modelo de Ryff (1989), la cual se conformó por siete factores: relaciones positivas, crecimiento personal, propósito de vida, autoaceptación, planes a futuro, rechazo personal y control personal.

Bienestar en la adolescencia: hallazgos de investigación

Ya se mencionó antes que, de acuerdo al enfoque del Desarrollo Positivo Adolescente, el cuidado de la salud incluye no sólo la atención de los/las adolescentes enfermos/as o con problemas, sino también las acciones de promoción, conservación y mejoramiento de su bienestar. En esta instancia, Pasqualini, Llorens, Arroyo y Ballardini (2010), mencionan que no bastan acciones aisladas desde la salud, sino que además se requiere saneamiento ambiental, educación, justicia, bienestar social, trabajo y el compromiso de todos los sectores de la comunidad, incluyendo los políticos. Sin embargo, para lograr todas estas acciones, es necesario que los adolescentes primero se sientan con un nivel adecuado de bienestar para que logren ser agentes positivos de cambio dentro de la sociedad en la que se desenvuelven. De esta forma, saber cómo se relacionan ciertas variables sociodemográficas, en especial el sexo y la edad, pueden contribuir al objetivo mencionado.

En cuanto a las diferencias por sexo en el BP, algunas investigaciones (De Caroli & Sagone, 2014; Casullo & Castro-Solano, 2000; Cruz, Maganto, Montoya, & González, 2002) mostraron que los hombres puntuaron más alto en el índice global de BP y, en específico, en las dimensiones de control del entorno o control personal y autoaceptación, a diferencia de las mujeres quienes obtuvieron mayores puntajes en el establecimiento de vínculos, control de la situación y propósito de vida.

Con respecto a la edad, algunos estudios realizados con adolescentes de diferentes países muestran que las puntuaciones en el BP a los 12 años, es decir, en la adolescencia inicial, son más altas cuando se comparan con el resto de adolescentes

(Viñas, González, García, Malo, & Casas, 2015; Bergman & Scott, 2001; Rathii & Rastogi, 2007). Sin embargo, otras investigaciones apuntan lo contrario. En un estudio desarrollado por De Caroli y Sagone (2014), se demostró que los adolescentes de mayor edad eran los que mostraban una media más alta en las dimensiones de crecimiento personal, relaciones positivas con otros, propósito en la vida y autoaceptación, mientras que las medias más bajas en estas mismas dimensiones fueron obtenidas por los adolescentes de menor edad. Por su parte, Cruz et al., (2002) señalan que las puntuaciones totales de BP son inferiores a menor edad y aumentaban con ella, en especial los planes a futuro.

Respecto a las diferencias en función del sexo entre el componente cognitivo del BS, es decir, la satisfacción vital, en muestras brasileñas, argentinas y estadounidenses sobre satisfacción con la vida no se encontraron diferencias significativas (Strelhow, Bueno, & Cámara, 2010; Tonon, 2007; Ma & Huebner, 2008). Sin embargo, en una muestra de adolescentes españoles, Reina, Oliva y Parra (2010) sí encontraron diferencias en la satisfacción vital durante la adolescencia: mientras que en los hombres se observaron pocos cambios, en las mujeres la tendencia fue decreciente.

En cuanto a la edad, algunos estudios muestran que la mayoría de los adolescentes evalúan sus vidas de manera positiva (Gilman & Huebner, 2006), observándose una estabilidad en esta evaluación a través del tiempo (Fujita & Diener, 2005; Lyubomirsky, 2001; Pavot & Diener, 1993). Sin embargo, en otras investigaciones se han observado cambios en los niveles de satisfacción vital durante la adolescencia. Hay autores que defienden que la satisfacción vital decrece (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Henrich, 2007), mientras que otros encuentran un incremento durante esta etapa vital en la transición de la educación secundaria obligatoria a los estudios de bachillerato o de formación vocacional (Salmela-Aro & Touminen-Soini, 2009).

Con referencia al aspecto afectivo del BS, en cuanto a diferencias de sexo en muestras adolescentes, los datos son contradictorios. Por ejemplo, Gómez (2007) en una muestra de adolescentes colombianos entre 12 y 16 años encontró que las adolescentes puntuaban más alto en afecto negativo y positivo que los hombres. Sin embargo, Pelechano, Peñate, Ramírez y Díaz (2005) no hallaron diferencias significativas. De manera más específica, las diferencias que se han encontrado son que los hombres expresan con más frecuencia emociones positivas, como calma y entusiasmo, y las mujeres demuestran más las emociones negativas, como ansiedad y tristeza (Simon & Nath, 2004). Otros autores señalan que las mujeres formulan con mayor frecuencia emociones de felicidad, tristeza y miedo, mientras que los hombres lo hacen con más emociones de enojo y cólera (Robles & Páez, 2003).

Por otro lado, ciertos estudios llevados a cabo por Valiente, Sandín y Chorot, (2002), Gómez, (2007) y Sandín (2003) han constatado que los adolescentes manifiestan afecto positivo más alto que negativo, y que a medida que aumenta la edad

disminuye el afecto positivo.

Conducta prosocial

Una de las preguntas que la investigación actual se hace en relación al bienestar es ¿qué tipo de conductas pueden incrementarlo? Podría decirse que entre ellas se encuentra la conducta prosocial. En los últimos años, se ha generado un interés hacia este tema, y aunque la delimitación conceptual de este comportamiento es un tema arduo para la investigación psicológica, puede definirse como todas aquellas conductas que tienen la intención de favorecer a otras personas o grupos sociales tanto de manera física como emocional (Benion, Scales, Hamilton, & Sesman, 2006; Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2004), que se realizan de forma voluntaria (Eisenberg & Fabes, 1998) y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaridad en las relaciones interpersonales o sociales consiguientes, preservando así la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados. Además, incluye una amplia gama de comportamientos específicos como la ayuda y servicio físico, dar y compartir, ayuda y consuelo verbal, confirmación y valorización positiva del otro, escucha profunda, empatía, solidaridad, presencia positiva y unidad (Roche, 1995).

Por otro lado, contribuir al mejoramiento de la comunidad, escuela y hogar ayudando a otros puede ser un signo del desarrollo positivo en los adolescentes, y al mismo tiempo es un medio importante para que desarrollen su identidad. Es decir, contribuyendo a satisfacer las necesidades de los demás, los adolescentes comienzan a pensar en sí mismos como aliados e interesados en el otro (Youniss, Bales, Christmas-Best, Diversi, McLaughlin, & Silbereisen, 2002).

Algunos estudios que han analizado la relación entre la conducta prosocial y el sexo señalan que ésta es superior en las mujeres que en los hombres (Carlo, Raffaelli, Laible, & Meyer, 1999; Singh-Manoux, 2000; Mestre, Samper, & Frías, 2002; Mestre, Samper, Tur, & Díez, 2002). Los estudios realizados de acuerdo a la edad acumen que las tendencias prosociales parecen aumentar desde la infancia hasta la adolescencia. De acuerdo con Eisenberg y Fabes (1998), los adolescentes tienden a obtener puntajes más altos en la conducta prosocial que los niños de 7 a 12 años de edad. En otro estudio, los adolescentes tempranos (13 a 15 años) y los adolescentes medios (16 a 18 años) presentaron más tendencia prosocial que los estudiantes de primaria (Fabes, Carlo, Kupanoff, & Laible, 1999). Por lo tanto, los adolescentes muestran comportamientos más prosociales que los niños más pequeños. En otros estudios se encontró que esta conducta se mantiene a través del tiempo. Por ejemplo, los resultados obtenidos por Mestre, Samper, Tur, Cortés y Náchter (2006) concluyen que la conducta prosocial no muestra diferencias significativas a lo largo de la etapa adolescente. En México se han desarrollado algunos instrumentos para

medir la conducta prosocial. Por ejemplo, en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo se realizó la construcción y validación de la Escala de Habilidades Prosociales para Adolescentes (EHP-A), la cual se conforma por cuatro factores: toma de perspectiva, solidaridad y respuesta de ayuda, altruismo y asistencia. Otro ejemplo es la Universidad Nacional Autónoma de México, en donde se construyó la escala de conducta prosocial hacia los pares, dirigida a preadolescentes de entre 10 y 13 años de la ciudad de Colima, en la cual se obtuvieron dos factores: conducta prosocial emocional y conducta prosocial compasiva. Por último, se encuentra la adaptación de la escala realizada por Roche (1995) para adolescentes mexicanos (Méndez, Mendoza, Rodríguez, & García, 2015), la cual quedó conformada por las siguientes dimensiones:

Empatía y consuelo verbal: actitud al experimentar sentimientos similares a los del otro respecto a situaciones penosas, problemáticas o ambas que propician conductas relacionadas a escuchar y expresar comprensión cognitiva y aceptación con el fin de tranquilizar, consolar y animar al otro.

Escucha profunda: conductas y actitudes de atención formuladas de manera paciente y activa como respuesta a los contenidos expuestos por el interlocutor en una conversación.

Servicio físico y verbal: conducta que implica la entrega voluntaria de objetos o compartir experiencias personales que eliminan la necesidad de los beneficiarios a la acción de intervenir de manera física en el cumplimiento de una tarea o cometido.

Ayuda física: conducta no verbal que procura asistencia a otras personas (con su consentimiento) para cumplir un determinado objetivo.

Solidaridad: conductas físicas o verbales útiles y deseables que expresan aceptación voluntaria para compartir las consecuencias desafortunadas de otras personas.

Conducta prosocial y bienestar

Existen diversos estudios donde se puede observar la relación entre las conductas prosociales y el bienestar subjetivo y psicológico en población adolescente, ya sea de manera general o con una de sus dimensiones. En este apartado se informarán primero las conductas prosociales y su relación con las dimensiones del BP, y posteriormente con las del BS.

Distintas investigaciones indican una relación positiva entre el autoconcepto y las conductas prosociales (Calvo, González, & Martorell, 2001). Por ejemplo, Garai-gordobil y Duré (2006) encontraron que los adolescentes que presentaban altas

puntuaciones en autoconcepto tenían mayor probabilidad de presentar un gran número de conductas cooperativas, habilidades sociales apropiadas y sentimientos de felicidad. En cuanto a los adolescentes con bajas puntuaciones en autoconcepto, manifestaron niveles altos de impulsividad, celos y sentimientos de soledad, así como desajuste emocional, ansiedad y depresión. Por otro lado, en un programa de intervención realizado por estos autores donde se promovían las conductas prosociales, se vio un efecto de éstas sobre el autoconcepto de los adolescentes.

En relación con la autonomía, existen investigaciones que muestran que los adolescentes de las culturas tradicionales que participan diariamente en contribuir al bienestar familiar son más prosociales que aquellos de culturas individualistas, donde prevalece la competitividad y la autonomía del individuo (Carlo, Roesch, Knight, & Koller, 2001). Sin embargo, niveles adecuados de control y autonomía basados en la disponibilidad, confianza y cercanía emocional, favorecen las respuestas prosociales de los adolescentes (Balabanian, Lemos, & Vargas-Rubilar, 2015).

Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli (1996) encontraron que a mayor deseo de crecimiento académico y personal de los adolescentes, mayores eran sus comportamientos prosociales. Por otro lado, en un estudio cualitativo realizado por Peterson y Stewart (1996) se halló que los adolescentes que realizan conductas prosociales, las describieron como importantes para su desarrollo personal. En otra investigación realizada por Inglés, Martínez-González, Valle, García-Fernández y Ruiz-Esteban (2011) se encontró que los estudiantes con alta conducta prosocial presentaron puntuaciones significativamente más altas en metas de aprendizaje y logro.

En un estudio realizado en China, se observó que el propósito de vida se correlacionó de manera significativa con todas las medidas de la conducta antisocial y prosocial. Los adolescentes que tenían puntajes altos en propósito de vida mostraron un comportamiento menos antisocial y más conducta prosocial (Shek, Ma, & Cheung, 1994). Asimismo, Stoddard (2015) encontró que contribuir a la comunidad mediante las conductas prosociales se asocia con el propósito o sentido de vida durante la adolescencia temprana. Además, la teoría y la investigación sobre el surgimiento de la identidad moral durante la adolescencia indican que como parte del significado y propósito de vida, los adolescentes buscan una serie de resultados deseados, tales como comportamiento prosocial, compromiso moral y una alta autoestima (Damon & Gregory, 1997).

Por otro lado, Inglés, Delgado, García-Fernández, Ruiz-Esteban y Díaz-Herrero, (2010) afirman que los comportamientos prosociales desempeñan un papel fundamental en la formación y aceptación de relaciones positivas e interpersonales. Al respecto, Jaureguizar, Ibabe y Straus (2013) afirman que una relación familiar positiva se relaciona con el comportamiento menos violento y más prosocial hacia los padres.

También una relación positiva en el aula se asocia con una mayor conducta prosocial hacia los maestros.

Por último, la aceptación y el apoyo del grupo de pares puede influir en la participación en la escuela, el comportamiento prosocial y el rendimiento académico (Wentzel, Barry, & Caldwell, 2004). Al respecto, Rubin, William y Jeffrey (2006) afirman que la aceptación y las relaciones positivas entre pares están asociadas de manera significativa al bienestar óptimo informado por los adolescentes, lo cual puede incrementar comportamientos prosociales y mejorar el autoconcepto.

Referente al componente cognitivo del BS y la conducta prosocial, varios investigadores (Kiuru, Nurmi, Aunola, & Salmela-Aro, 2009; Valois, Zullig, Huebner, & Drane 2009) han informado que los adolescentes con altos niveles de satisfacción vital tienden a participar en actividades significativas de contenido prosocial y tener relaciones positivas con los compañeros y profesores, mientras que niveles bajos de satisfacción con la vida se relacionan con resultados negativos tales como conducta agresiva.

En cuanto a las emociones, Mestre *et al.*, (2002) encontró que los procesos emocionales alcanzan una mayor correlación con la conducta agresiva y con la conducta prosocial, destacando la inestabilidad emocional como el principal predictor de la agresividad y la emocionalidad positiva empática y no impulsiva como mejor pronóstico de la conducta prosocial. Además, los procesos de razonamiento prosocial que los adolescentes realizan para decidir realizar una conducta de ayuda tienen un peso menor en la predicción de dichas conductas.

Estos son sólo algunos de los hallazgos que muestra la literatura mundial, la cual ha sido consistente en proponer que el bienestar emocional no sólo es una variable importante en la salud integral del adolescente, sino que se encuentra relacionado con otras manifestaciones positivas de salud mental y emocional como el caso de la conducta prosocial, lo cual coincide con algunos estudios realizados con adolescentes mexicanos.

Bienestar óptimo y conducta prosocial: el caso de adolescentes mexicanos

Algunos resultados de investigaciones hechas con población mexicana no fueron tan diferentes a lo encontrado en otros países. En fechas recientes y en lo que a BP se refiere, González (2013) encontró que las mujeres presentaban una media más alta en crecimiento personal, relaciones positivas y planes a futuro, mientras que los hombres puntuaron más alto en autoaceptación y control personal.

De manera similar, en un estudio realizado por Barcelata y Rivas (2016) en el cual se examinó el bienestar psicológico y la satisfacción vital en adolescentes, se encontraron diferencias en función del sexo y la edad. Para la primera variable, hallaron que los hombres tienen un mayor control personal, autoaceptación y relaciones positivas; las mujeres por su parte puntuaron más alto en rechazo personal.

Para la variable de edad, concluyeron que los adolescentes tempranos, o sea los comprendidos entre 13 y 15 años de edad, presentaron valores promedio más altos en cada una de las dimensiones del BP, encontrando diferencias significativas en planes a futuro y relaciones positivas, a diferencia de los adolescentes entre 16 y 18 años.

Referente al BS, Luna, Laca y Mejía (2011), en sus estudios con adolescentes mexicanos de nivel medio superior, encontraron que los hombres manifestaron estar más satisfechos que las mujeres, tanto con sus atributos como en sus logros personales, mientras que las mujeres con la interacción social recibida y expresada. Estos resultados fueron similares a los encontrados por Rivas, López y Barcelata (2017) en una investigación que examinó la relación entre el afrontamiento y el BS, al igual que las diferencias en función del sexo y la edad. Concluyeron que para el componente cognitivo, las medias más altas en logros nacionales, calidad de vida y logros y atributos personales pertenecían a los hombres, mientras que las mujeres puntuaron más alto en religión. En lo referente a la edad, estos mismos autores encontraron que los adolescentes de entre 13 y 15 años fueron quienes obtuvieron las medias más altas en calidad de vida, logros nacionales y satisfacción vital.

Para el componente afectivo, estos mismos autores encontraron que las mujeres fueron las que obtuvieron los puntajes más altos en cada una de las dimensiones, mientras que los adolescentes de entre 16 y 18 años puntuaron de forma significativa más alto en afectividad negativa, expresividad negativa, expresividad positiva y hedonismo emocional.

En relación a la conducta prosocial, Zacarías (2014) encontró que las conductas que más realizan los alumnos mexicanos es ayudar en actividades escolares, prestar sus cosas y defender a sus compañeros. Méndez, Mendoza y Rodríguez (2015) encontraron en una muestra de secundaria, al igual que las investigaciones mencionadas antes, que las mujeres presentaban mayores conductas prosociales y que los alumnos de primer grado eran más solidarios y escuchaban de manera más profunda que los alumnos de grados posteriores.

Siguiendo esta misma línea, en esta investigación se estudió la conducta prosocial alta y baja, relacionándola a su vez con las variables de sexo y edad sobre el bienestar en adolescentes mexicanos. El objetivo principal fue analizar si los adolescentes que presentan un alto nivel de comportamientos prosociales también presentan un mayor nivel de bienestar subjetivo y psicológico, a diferencia de los que muestran un

nivel bajo de estos comportamientos. Además, se analizó si existen diferencias por sexo y edad en ambos tipos de bienestar. Para este fin participaron 611 estudiantes de secundaria y de bachillerato de la ciudad de México.

Para evaluar el bienestar subjetivo (BS) se utilizó la Escala Multidimensional para la Medición del Bienestar Subjetivo de Anguas Plata y Reyes Lagunes (EMMBSAR) (Anguas, 2000). Para medir el bienestar psicológico (BP) se empleó la escala de bienestar psicológico para adolescentes (BP-A) (González & Andrade, 2016). Por último, para evaluar la conducta prosocial se utilizó el Inventario de Comportamientos Prosociales en el Contexto Escolar (Méndez, Mendoza, Rodríguez, & García, 2015), al igual que una ficha sociodemográfica (Barcelata, 2014).

Primero, se muestran los análisis descriptivos de cada una de las dimensiones de las variables estudiadas. En la tabla 2-1 se muestran ambos tipos de bienestar, encontrando que la dimensión con la media más alta del BP fue planes a futuro y la más baja rechazo personal, siendo ésta última la que puntuó por debajo de la media estadística. Por otro lado, con lo que más se sienten satisfechos los adolescentes es con su calidad de vida, y con lo que menos se sienten satisfechos es con logros nacionales. En cuanto al componente afectivo, los adolescentes refirieron presentar más emociones positivas que negativas, siendo la afectividad positiva la que obtuvo la media más alta e inseguridad afectiva la más baja.

Tabla 2-1. Datos descriptivos del bienestar psicológico y subjetivo

Bienestar psicológico	M	DE
Control personal	2.67	.730
Planes a futuro	3.17	.701
Autoaceptación	2.79	.710
Propósito de vida	3.03	.727
Relaciones positivas con otros	2.90	.618
Creimiento personal	3.08	.663
Rechazo personal	2.15	.671
Bienestar psicológico global	2.95	.478
Componente cognitivo del bienestar subjetivo		
Atributos y logros personales	5.70	.788
Clima familiar	5.63	.951
Calidad de vida	5.72	.838
Interacción social recibida y expresada	5.68	.854
Religión	4.64	1.54
Logros nacionales	3.40	1.38
Satisfacción global con la vida	5.21	.725

(continuación)

Componente afectivo del bienestar subjetivo		
Afectividad positiva	4.53	1.14
Expresividad positiva	5.12	1.17
Hedonismo emocional	4.33	1.26
Afectividad negativa	3.50	1.28
Expresividad negativa	4.01	1.26
Inseguridad afectiva	3.40	1.25

N= 611

En relación a la conducta prosocial, en la tabla 2-2 se aprecia que la conducta que más realizan los estudiantes es la escucha profunda y la conducta que menos realizan es la referente a la solidaridad. Sin embargo, los adolescentes puntuaron por encima de la media estadística en cada una de las dimensiones.

Tabla 2-2. Datos descriptivos de la conducta prosocial

Dimensiones	M	DE
Escucha profunda	3.34	.837
Servicio físico y verbal	3.19	.882
Empatía y consuelo verbal	3.15	.770
Ayuda física	3.12	1.00
Solidaridad	3.08	.987
Conducta prosocial	3.18	.674

N= 611

Con respecto a las diferencias de medias de la variable de BP en función del nivel de conducta prosocial (tabla 2-3), los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las dimensiones. Se observan medias más altas para los adolescentes con nivel alto de conducta prosocial, excepto en rechazo personal.

Tabla 2-3. Diferencia de medias entre el bienestar psicológico y el nivel de conducta prosocial

Bienestar subjetivo	Nivel de conducta prosocial	
	Alta n= 264	Baja n= 347
Bienestar psicológico		

(continuación)

	M	DE	M	DE	t Student
Crecimiento personal	3.27	.64	2.93	.64	-6.53***
Relaciones positivas	3.07	.63	2.78	.57	-5.97***
Rechazo personal	2.09	.71	2.20	.63	1.99*
Control personal	2.82	.78	2.56	.66	-4.47***
Planes a futuro	3.36	.65	3.03	.70	-5.82***
Autoaceptación	2.93	.72	2.68	.67	-4.45***
Proyecto de vida	3.19	.73	2.91	.69	-4.71***
Bienestar psicológico global	3.11	.48	2.83	.43	-7.33***

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Con respecto al BS (tabla 2-4), se observa que en el caso del componente cognitivo, los adolescentes con una conducta prosocial alta obtuvieron una media más alta en todas las dimensiones, exceptuando logros nacionales. Por otro lado, los análisis para el componente afectivo muestran que de igual manera son los adolescentes con una conducta prosocial alta los que presentaron una media mayor en todas las dimensiones, excepto por expresividad negativa e inseguridad.

Tabla 2-4. Diferencia de medias entre el bienestar subjetivo y el nivel de conducta prosocial

Componente cognitivo	Alta n= 264		Baja n= 347		t Student
	M	DE	M	DE	
Satisfacción vital	5.42	.67	5.05	.71	-6.56***
Clima familiar	5.82	.85	5.48	.99	-4.52***
Logros y atributos personales	5.88	.69	5.57	.82	-4.94***
Calidad de vida	5.94	.77	5.56	.85	-5.89***
Logros nacionales	3.46	1.45	3.35	1.33	-.93
Religión	4.90	1.62	4.44	1.45	-3.73***
Interacción social percibida y expresada	5.96	.72	5.46	.88	-7.44***

Componente afectivo					
Afectividad positiva	4.68	1.06	4.41	1.19	-2.96**
Afectividad negativa	3.67	1.29	3.38	1.26	-2.78**
Expresividad positiva	5.39	1.10	4.91	1.18	-5.09***
Expresividad negativa	3.96	1.31	4.05	1.22	.89
Inseguridad afectiva	3.50	1.30	3.33	1.21	-1.61
Hedonismo emocional	4.53	1.18	4.18	1.29	-3.37***

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Tabla 2-5. Diferencia de medias entre el bienestar psicológico, sexo y edad

Bienestar psicológico	Sexo					Edad				
	Hombres n= 295		Mujeres n= 316		t	13-15 años n= 349		16-18 años n= 262		t
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Crecimiento personal	3.02	.71	3.13	.61	-2.06*	3.13	.60	3.00	.72	2.45*
Relaciones positivas	2.92	.61	2.89	.62	.60	2.97	.60	2.81	.62	3.15**
Rechazo personal	2.09	.66	2.21	.67	-2.32*	2.14	.72	2.17	.59	-.48
Control personal	2.76	.73	2.58	.71	3.02**	2.68	.70	2.65	.76	.80
Planes a futuro	3.10	.73	3.24	.66	-2.46*	3.25	.64	3.07	.75	3.30***
Autoaceptación	2.86	.65	2.71	.75	2.58**	2.81	.72	2.76	.68	.82
Proyecto de vida	3.00	.73	3.07	.71	-1.15	3.10	.68	2.95	.77	2.52*
Bienestar psicológico Global	2.95	.50	2.95	.45	.14	3.00	.44	2.88	.50	2.97**

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Con respecto a los análisis para el BP en función del sexo y la edad, hubo diferencias para las dimensiones de crecimiento personal, planes a futuro y rechazo personal, siendo las mujeres quienes obtuvieron una media más alta, mientras que los hombres lograron una mayor puntuación en control personal y autoaceptación. Por último, para la variable edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en crecimiento personal, planes a futuro, rechazo personal, propósito de vida y bienestar psicológico global, siendo los adolescentes entre 13 y 15 años los que puntuaron más alto (tabla 2-5).

Por otro lado, para la variable de BS (tabla 2-6), se observa que las mujeres mostraron los valores más altos en religión e interacción social percibida y expresada, mientras que los hombres obtuvieron las medias más altas en logros nacionales.

Por último, fueron los adolescentes entre 13 y 15 años los que puntuaron más alto en satisfacción con la vida, calidad de vida y logros nacionales. Por otro lado, los análisis para el componente afectivo en lo relativo al sexo, fueron las mujeres las que registraron más alto en la mayoría de las dimensiones. Se observa que los adolescentes de 16 a 18 años mostraron los valores más altos en afectividad negativa, expresividad positiva y hedonismo emocional.

Tabla 2-6. Diferencia de medias del BS en función del nivel de CP, sexo y edad

BS	Sexo					Edad				
	Hombres n= 295		Mujeres n= 316		t	13-15 años n= 349		16-18 años n= 262		t student
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
Componente cognitivo										
SV	5.17	.72	5.24	.72	-1.33	5.26	.74	5.14	.68	2.05*
CF	5.56	.90	5.61	.99	-.532	5.68	.98	5.56	.90	1.48
LAP	5.74	.76	5.67	.81	1.18	5.71	.82	5.69	.74	.429
CV	5.73	.82	5.71	.84	.31	5.83	.82	5.58	.83	3.70***
LN	3.58	1.42	3.22	1.32	3.24***	3.62	1.38	3.10	1.32	4.78***
R	4.34	1.54	4.99	1.50	-4.68***	4.62	1.55	4.67	1.54	-.38
ISPE	5.56	.84	5.79	.84	-3.41***	5.67	.87	5.69	.82	-.22
Componente efectivo										
AP	4.41	1.13	4.63	1.14	-2.34*	4.45	1.18	4.63	1.09	-1.92
AN	3.20	1.16	3.78	1.32	-5.74***	3.39	1.25	3.66	1.31	-2.58*
EP	4.82	1.21	5.40	1.07	-6.26***	4.96	1.28	5.33	.97	-3.92***
EN	3.80	1.24	4.20	1.24	-3.93***	4.00	1.29	4.02	1.22	-.15
1A	3.11	1.14	3.67	1.29	-5.61***	3.38	1.27	3.44	1.23	-.60
HE	4.23	1.29	4.43	1.21	-1.94	4.08	1.26	4.66	1.18	-5.84***

*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Conclusiones

La revisión realizada en este capítulo sugiere que es importante retomar una perspectiva más positiva de los adolescentes, con el objetivo de tener una visión amplia de sus procesos y comportamientos en el aspecto personal y social por sus implicaciones para la intervención en términos de prevención. La OMS (2002) afirma que la salud mental es un estado de completo bienestar; sin embargo, es importante definir este concepto, debido a que la búsqueda de bienestar es un postulado básico de cada persona. Dentro de la psicología, se han realizado esfuerzos para cumplir este objetivo y se han logrado generar constructos operacionales, organizando su estudio del bienestar (felicidad) tomando como referencia dos corrientes filosóficas: la hedónica y la tradición eudaimónica iniciadas por los griegos.

Las investigaciones sobre el bienestar en distintas partes del mundo evidencian que el desarrollo de éste se relaciona de forma positiva con la promoción de aspectos que permiten un óptimo desarrollo y previenen los estados y conductas de riesgo. La investigación actual está orientada a conocer el bienestar y sus nexos con variables conductuales, psicológicas, sociales, demográficas y culturales.

En relación a las conductuales, estas son motivadas por la búsqueda de una vida sana y plena, también con el objetivo de experimentar bienestar, satisfacción con la vida, emociones positivas y ser feliz. Con base en lo anterior, se ha pensado durante mucho tiempo que los comportamientos prosociales influyen en el bienestar del ayudante, así como en el receptor de la ayuda. Por ejemplo, Aristóteles afirmó que la verdadera felicidad humana, que él describió como eudaimonia (Ryan & Deci, 2001), es hacer el bien antes de recibirlo. También, la Madre Teresa de Calcuta declaró: **"Nada te hace más feliz que cuando te entregas en misericordia a alguien que está gravemente herido"** (Myers, 2000, pág.144). Sin embargo, las investigaciones deben dar apoyo empírico a estas afirmaciones.

En el caso del grupo de adolescentes mexicanos, los resultados presentados en este capítulo permiten confirmar lo anterior, es decir, que los estudiantes con conducta prosocial alta y baja muestran diferencias significativas en cada una de las dimensiones de ambos tipos de bienestar, observando que los estudiantes más prosociales presentan puntuaciones más altas. Es decir que los adolescentes con altos niveles de conductas prosociales tienden a establecer relaciones positivas con otros, muestran autoaceptación y evitan rechazarse a sí mismos, además de que es más probable que su crecimiento personal, planes a futuro y significado de vida sean mayores que los alumnos que presentan un nivel bajo de conducta prosocial.

Asimismo, los adolescentes están más satisfechos y presentan afectos positivos cuando sus conductas prosociales son altas, aunque no hay diferencias en el afecto negativo. Estos resultados confirman los obtenidos en estudios previos en los que se subraya la importancia de la conducta prosocial en la explicación de las dimensiones del bienestar psicológico y subjetivo. Sin embargo, no se puede afirmar que la conducta prosocial es la que explica el bienestar, ya que el bienestar a su vez podría estar determinando que un joven presente conductas prosociales, de tal forma que lo encontrado hasta el momento es la asociación entre ambas variables, lo cual hace reflexionar sobre la importancia de potencializar ambos aspectos en adolescentes.

Por otro lado, las diferencias encontradas en relación al sexo, siendo las mujeres quienes obtuvieron una media más alta en las dimensiones del BP en crecimiento personal, planes a futuro y rechazo personal y del BS en religión e interacción social percibida y expresada, mientras que los hombres obtuvieron una mayor puntuación en control personal y autoaceptación del BP y logros nacionales del BS podrían deberse a los roles de género, ya que las mujeres suelen ser más sensibles a las necesidades de los demás y ser más comprensivas e intuitivas (Cuadrado, 2007), mientras que los hombres tienden a ser más propensos a manejar su medio y a tener una compleja gama de actividades externas con las cuales hacen un uso efectivo de las oportunidades de los alrededores y de elegir los contextos adecuados a las necesidades y valores personales; además, ellos expresan en mayor medida actitudes po-

sitivas hacia la propia imagen y aceptan múltiples aspectos de sí mismos, incluyendo cualidades buenas y malas (Sagone & De Caroli, 2014).

También la evidencia muestra (p. ej., Hess *et al.*, 2000) que las mujeres fueron las que obtuvieron puntajes más altos en la mayoría de las dimensiones a diferencia de los hombres, quizás por el hecho de que en las culturas occidentales se cree que las mujeres son más expresivas emocionalmente que los hombres, y se espera que, de manera específica, sonrían más y que muestren más tristeza, miedo y culpa.

En cuanto a la edad, los adolescentes de menor edad se sienten satisfechos en diferentes ámbitos de sus vidas y muestran un mayor BP, lo que podría atribuirse a las características cognitivas de cada una de las etapas: hay una mayor probabilidad de que existan autopercepciones positivas irrealistas en los más jóvenes y éstas pueden irse haciendo más objetivas conforme se va creciendo, sumado al aumento de la importancia de la comparación social a lo largo del desarrollo. Las autoevaluaciones egocéntricas de los más pequeños por sus "limitaciones cognitivas" pueden aumentar las puntuaciones en satisfacción vital; ahora bien, no hay datos suficientes para rechazar que lo que realmente ocurre es que los más pequeños se sienten más satisfechos (Park, 2004).

También se encontró que los adolescentes de mayor edad presentaron más afecto tanto positivo como negativo. Goleman (1996) explica que conforme el adolescente va desarrollándose debe comenzar a dominar las habilidades emocionales necesarias para manejar el estrés, así como ser sensibles y eficaces en relación con otras personas. Por lo que los adolescentes de más edad reconocen mayor cantidad de emociones y las informan más que los adolescentes de menor edad.

La evidencia revisada a nivel mundial, así como los datos obtenidos con los adolescentes mexicanos, algunos mostrados de manera amplia en este capítulo, pueden considerarse valiosos, no sólo por la coincidencia entre los diversos estudios, sino además porque los hallazgos de los estudios (PAPIIT) analizan el bienestar psicológico y la conducta prosocial en conjunto, a diferencia de otros realizados antes en México. Por ello, dichos estudios pueden constituir un primer paso para alentar a la comunidad científica a desarrollar nuevas investigaciones en esta línea.

Las implicaciones en el ámbito educativo son importantes. Dentro del sistema educativo orientado hacia las competencias, se encuentra el aprender a convivir, es decir, educarse a vivir juntos en sociedad, y para ello es imprescindible conocer las normas sociales, pues se trata de un equipo formado por personas las cuales se deben respetar, por lo que es necesario saber expresarse, comunicarse, cooperar y ser solidario. De esta manera, todos tienen derechos, pero también deberes.

El mundo de hoy demanda la formación de personas con la capacidad de desenvolverse de manera armónica en distintos contextos, con capacidad de tomar decisiones, de trabajar con otros, de comunicar sus ideas, de gestionar su actuar en vista de metas personales, pero también grupales. Una formación integral de los adolescentes donde puedan promoverse las conductas prosociales en clases diarias y mediante programas de promoción lograría aumentar el bienestar y la calidad de la convivencia social, favorecer un mejor aprendizaje y prevenir que los estudiantes se involucren en conductas de riesgo. Más allá de que la reforma actual de la educación en el mundo tenga como referencia la adquisición de conocimientos, es crucial definir cuáles son los aspectos del desarrollo que más importancia tienen a la hora de determinar si un adolescente se convertirá en un adulto feliz, y de esta manera les permita tomar decisiones para el bien común, dejando de lado decisiones con intereses egoístas a corto plazo.

Referencias

- Anguas, A. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana* (Doctorado). Universidad Autónoma de México, México.
- Arnett, J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5):317-326.
- Balabanian, C., Lemos, V., & Vargas-Rubilar, J. (2015). Apego percibido y conducta prosocial en adolescentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2):278-294.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67:1206-1222.
- Barcelata, B. (2014). *Cédula sociodemográfica del Adolescente y su Familia (sólo para investigación)*. FES Z, UNAM. México.
- Barcelata, B & Rivas, D. (2016). Bienestar psicológico y satisfacción vital en adolescentes mexicanos tempranos y medios. *Revista Costarricense de Psicología* 35(2):121-139
- Benson, P., Scales, P., Hamilton, S., & Sesman, A. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. En R. Lerner, (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 517-592). Hoboken, New York: Wiley.
- Bergman, M. & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: Gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24:183-197.
- Burgos, A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 11(2):143-163.
- Calvo, A., González, R., & Martorell, C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y

- género. *Infancia y Aprendizaje*, 24(1):95-111.
- Casullo, M. & Castro-Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en adolescentes estudiantes argentinos. *Revista de Psicología de la UCP*, 18(1):37-68.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H. & Hawkins, D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. *Prevention & Treatment*, 5:1-106.
- Carlo, G., Roesch, S., Knight, G., & Koller, S. (2001). Between-or within- culture variation? Culture group as a moderator of the relations between individual differences and resource allocation preferences. *Applied Developmental Psychology*, 22:559-579.
- Carlo, G. Raffaelli, M., Laible, D., & Meyer, K. (1999). Why are Girls Less Physically Aggressive than boys? Personality and parenting mediators of physical aggression. *Sex Roles*, 40(9):711-729.
- Cruz, M., Maganto, C. Montoya, I., & González R. (2002). Escala de bienestar psicológico para adolescentes. En M. Casullo, M.E. Brenlla, A. Castro S., M. Cruz, R. González, C. Maganto, ...R. Morote. *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. (pp. 65-77). Buenos Aires: Paidós.
- Cuadra, H. & Florezano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1):83-96.
- Cuadrado, I. (2007). Estereotipos de género. En J. F. Morales, M. C. Moya, E. Gaviria, e I. Cuadrado (Coords.), *Psicología social* (3^a ed.). (pp. 243-266). Madrid: McGraw Hill.
- Damon, W., & Gregory, A. (1997). The youth charter: Towards the formation of adolescent moral identity. *Journal of Moral Education*, 26:117-131.
- De Caroli, M. & Sagone, E. (2014). Generalized self-efficacy and well-being in adolescents with high vs. low scholastic self-efficacy. *Social and Behavioral Sciences*, 141:867-874.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2):103-157.
- Diener, E. (2012). ¿Por qué las sociedades necesitan la felicidad y cuentas nacionales de bienestar? En F. M. Prieto (Ed.), 2012 *Ranking de la felicidad en México* (pp. 13-31). Puebla, México: Universidad Popular Autónoma del Estado Puebla.
- Diener, E. & Scollon, C. (2014). The what, why, when, and how of teaching the science of subjective well-being. *Teaching of Psychology*, 41(2):175-183.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. (1998). Prosocial development. In W. Damon (Editor-in-Chief) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. (6th. ed.). (pp. 701-778). New York: Wiley.
- Fabes, R., Carlo, G., Kupanoff, K., & Laible, D. (1999). Early adolescence and prosocial/moral behavior: Pt. 1. The role of individual processes. *Journal of Early Adolescence*, 19:5-16.
- Fujita, F. & Diener, E. (2005) La satisfacción de vida ajustado punto: la estabilidad y el cambio. *Personality Social Psychological*, 82(1):58-64.
- Garaigordobil, M. & Duré, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de

- 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141):37-64.
- Gilman, R. & Huebner, E. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3):293-301.
- Goldbeck, L., Schmitz, T., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6):969-979.
- Goleman, D. (1996) *Inteligencia emocional*. Barcelona, Kairós.
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista latinoamericana de Psicología*, 39:435-447.
- González, M. (2013). *Prácticas parentales, bienestar psicológico y conductas de riesgo en adolescentes* (Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- González, M. & Andrade, P. (2016) Escala de bienestar psicológico para adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2):69-83.
- Hess, U., Senécal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P., & Kleck, R. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. *Cognition and Emotion*, 14(5):609-642.
- Inglés, C., Martínez-González, A., Valle, A., García-Fernández, J., & Ruiz-Esteban, C. (2011). Conducta pro-social y motivación académica en estudiantes españoles de educación secundaria obligatoria. *Universitas Psychologica*, 10(2):451-465.
- Inglés, C., Delgado, B., García-Fernández, J., Ruiz-Esteban, C., & Díaz-Herrero, A. (2010). Sociometric types and social interaction styles in a sample of Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2):728-738.
- Jaureguizar, J., Ibabe, I., & Straus, M. (2013). Violent and prosocial behavior by adolescents toward parents and teachers in a community sample. *Psychology in the Schools*, 50(5):451-470.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Keyes, C., Shomtkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6):1007-1022.
- Kiuru N, Nurmi J., Aunola, K., & Salmela-Aro K. (2009). Peer group homogeneity in adolescents' school adjustment varies according to peer group type and gender. *International Journal of Behavioral Development*, 33:65-76.
- Lerner, R. (2000). Developing civil society through the promotion of positive youth development. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21:48-49.
- Loera, N., Balcazar, P., Trejo, L., Gurrola, G., & Bonilla, M. (2008). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 41(3-4):90-97.
- Luna, A., Laca, F., & Mejía, J. (2011). Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2):17-26.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*,

- 56:239-249.
- Ma, C. & Huebner, E. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relations matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45:177-190.
- Medina, A., Gutiérrez, C., & Padrós, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27:25-30.
- Méndez, C., Mendoza C., & Rodríguez, L. (2015). *Conducta pro-social y bullying en alumnos de secundaria* (Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Méndez, C., Mendoza C., Rodríguez, L., & García, M. (2015). Conducta prosocial en alumnos de secundaria: Validación de una escala pro-social. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud* 18(2):9-16.
- Mestre, V., Samper, P., & Frías, D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores del comportamiento pro-social y agresivo: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2):227-232.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A., Cortés, T., & Nácher, J. (2006). Conducta pro-social y procesos psicológicos implicados: Un estudio longitudinal en la adolescencia. *Revista Mexicana De Psicología*, 23(2):203-215.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A., & Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4):691-703.
- Myers, D. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55:56-67.
- OMS (2002). *OMS: Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_02.21/es/
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *ANNALS, AAPSS*, 591:25-36.
- Pasqualini, D., Llorens, A., Arroyo, H., & Balardini, S. (2010). Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. *Organización Panamericana de la Salud: 1ª ed. Buenos Aires*.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2):164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Randall, C., & Sandvik, E. (1991). Further validation on the satisfaction with life scale: Evidence to the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 5(1):149-161.
- Pelechano, V., Peñate, W., Ramírez, G., & Díaz, F. (2005). Bienestar emocional e inteligencia en la pubertad y la adolescencia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31:655-679.
- Peterson, B. & Stewart, A. (1996). Antecedents and contexts of generativity motivation at midlife. *Psychology and Aging*, 11:21-33.
- Pittman, K., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., & Ferber, T. (2003). *Preventing problems, promoting development, encouraging engagement: Competing priorities or inseparable goals?* Washington, DC: The Forum for Youth

- Investment, Impact Strategies, Inc.
- Rathi, N. & Rastogi, R. (2007). Meaning in life and psychological well-being in pre-adolescents and adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(1):31-38.
- Reina, M., Oliva, A., & Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 2:55-69.
- Rivas, D., López, D., & Barcelata, B. (2017). Efectos del sexo y la edad sobre el afrontamiento y el bienestar subjetivo en adolescentes escolares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1):27-41.
- Robles, R., & Pérez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 28(1): 69-75.
- Roche, R. (1995). *Psicología y educación para la prosocialidad*. Serie de publicaciones. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rubin, H., William B., & Jeffrey P. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In *Handbook of Child Psychology*. Vol. 3, *Social, Emotional, and Personality Development*. 6th ed. Edited by Nancy Eisenberg, 571-645. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews Psychological*, 52(1):141-166.
- Ryan, R. & Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: The importance of eudaimonic thinking (response to Kashdan et al. and Waterman discussion). *Journal of Positive Psychology*, 4(3):202-204.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything: or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6):1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4):719-727.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1):13-39.
- Sagone, E. & De Caroli, M. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Social and Behavioral Sciences*, 141:881-887.
- Salmela-Aro, K., & Tuominen-Soini, H. (2009). Adolescents' life satisfaction during the transition to post-comprehensive education: Antecedents and consequences. *Journal of Happiness Studies*, 11(6):1111-129.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8:173-182.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones Vergara.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55(1):5-14.
- Shek, T., Ma, H., & Cheung, P. (1994). Meaning in life and adolescent antisocial and

- prosocial behavior in a Chinese context. *An International Journal of Psychology in the Orient*, 37(4):211-218.
- Simon, R. & Nath, L. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5):1137-1176.
- Singh-Manoux, A. (2000). Culture and gender issues in adolescence: Evidence from studies on emotion. *Psychothema*, 12(1):93-100.
- Stoddard, A. (2015). Promoting purpose and meaning during adolescence: The Role of Positive Assets. *Journal of Adolescent Health*, 56(2):103.
- Streltsov, M., Bueno, C., & Câmara, S. (2010). Percepção de saúde e satisfação com a vida em adolescentes: Diferenças entre sexos. *Revista Psicologia e Saúde*, 2(2):42-49.
- Tanon, G. (2007). La propuesta teórica de la calidad de vida. *Hologramática - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ*, 7(6):15-21.
- Valiente, R., Sandín, B., & Chorot, P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1):61-70.
- Valois, R., Zullig, K., Huebner E. & Drane J. (2009). Youth developmental assets and perceived life satisfaction. Is there a relationship? *Applied Research on Quality of Life*, 4:315-331.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3):529-544.
- Víñas, F., González, M., García, Y., Maio, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1):226-233.
- Wentzel, K., Barry, C., & Caldwell, K. (2004). Friendships in middle school: Influences on motivation and school adjustment. *Journal of Educational Psychology*, 96:195-203.
- Youniss, J., Bales, S., Christmas-Best, V., Diversi, M., McLaughlin, M., & Silbereisen, R. (2002). Youth civic engagement in the twenty-first century. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1):121-148.
- Zacarías, X. (2004). *Prácticas parentales, empatía y conducta pro-social en preadolescentes*. México: Ciencia Nueva.

Callous-unemotional traits: **un riesgo latente**

*Alexis Javivi Rivera Ortiz
Raquel Rodríguez Alcántara
Blanca Estela Barcelata Eguarte*

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo que ha llegado a ser de gran interés para los profesionales de la salud. Si bien es cierto, en los últimos años los modelos del desarrollo adolescente se han orientado a evaluar no sólo la psicopatología, sino también los recursos y las fortalezas ante situaciones ordinarias versus situaciones extremas, de riesgo o de adversidad, no se pueden ignorar a los adolescentes que por sus condiciones de riesgo, se consideran no sólo vulnerables, sino vulnerados, por lo que algunos de ellos presentan problemas o algunos indicadores de trastornos tempranos en su desarrollo. Por tanto el estudio de la adolescencia implica observar no sólo a los adolescentes que transitan por esta etapa sin mayor problema y los cuales, podría decirse que no presentan ningún trastorno en las trayectorias del desarrollo. La investigación del desarrollo adolescente implica analizar también qué factores interfieren con el bienestar de los jóvenes y su desarrollo óptimo. Así, evaluar tanto los problemas como los recursos durante la adolescencia implica mirar desde una perspectiva ecológica que define el desarrollo humano como un cambio perdurable que se encuentra en interacción con el ambiente, es decir, tomar en cuenta factores intrínsecos y extrínsecos con los cuales se asuma una postura integral y dinámica (Cicchetti, 2010), debido a que en el desarrollo de los niños y adolescentes el contexto va más lejos de la familia, pues interviene el entorno geográfico, histórico, social y político.

En la última década, la investigación sobre la adolescencia se ha enfocado en el desarrollo positivo y las fortalezas del individuo en esta etapa; sin embargo, los problemas de conducta de inicio temprano todavía siguen constituyendo un patrón heterogéneo en cuanto a su etiología, curso y pronóstico, poniéndose especial relevancia en los procesos relacionados con la adaptación en etapas posteriores del desarrollo (Frick & White, 2010).

Adaptación y alteraciones emocionales durante el desarrollo infantil-juvenil

La investigación sobre la prevalencia de trastornos y psicopatía a edades tempranas ha reflejado la importancia no sólo de conocer en cifras las alteraciones que se presentan en los adolescentes mexicanos, sino aquellos elementos que permiten un ajuste y adaptación adecuados ante factores de riesgo de índole biológica, psicológica y social, considerando las variaciones a través de los años en los índices de diversos trastornos, así como de la gravedad (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, & Wang, 2008).

En la adolescencia, los cambios psicosociales van a permitir la consolidación de ciertas competencias y de la capacidad general para responder ante las demandas del medio. Los aspectos del ajuste adolescente van a formar parte de un proceso bidireccional mediante el cual se establecerá la capacidad de adaptación. Es así como se entiende que la adaptación en sí misma constituye un proceso que implica la toma de decisiones y un conjunto de acciones dirigidas a mantener la capacidad del individuo para hacer frente a futuros cambios o perturbaciones de un sistema socioecológico sin alterar su equilibrio en función de la identidad estructural y las evaluaciones de ese sistema (Nelson, Adger, & Brown, 2007).

Aragón y del Bosque (2012) indican que la adaptación es un concepto psicológico que permite tener un referente sobre la estabilidad emocional y de la personalidad, por lo tanto, se enfatiza la importancia del ajuste entre las demandas del medio y las características personales, que incluyen las necesidades, deseos, gustos y preferencias del individuo. Es así que algunos acontecimientos que representan una amenaza para los adolescentes de manera constante terminan por asociarse con problemas psicológicos e incluso de salud física, ya que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse desde los 14 años de edad, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados desde esa edad.

La adaptación puede entenderse como la conducta que un individuo lleva a cabo para ajustarse a situaciones cambiantes (demandas del medio, restricciones y costumbres sociales) de forma eficaz, a la par de establecer interacciones y relaciones satisfactorias. Sin embargo, la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales afecta el curso del desarrollo de modos diferentes (Cicchetti & Rogosh, 2002) con lo que emerge un proceso adaptativo bidireccional que va de lo positivo a lo negativo, por lo cual se puede hablar de una mala adaptación en términos de competencias y recursos disponibles (Masten, 2001).

Al hablar de los problemas de conducta durante la adolescencia, es necesario considerar la multifinalidad en los resultados del desarrollo y los múltiples factores tanto protectores como de riesgo que influyen en la adaptación, ya que con inde-

pendencia de que las personas comienzan con ciertos patrones de comportamiento, pueden terminar en resultados muy diferentes de desarrollo, mientras que aquellos individuos que tienen diferentes comportamientos iniciales pueden tener resultados similares; a esto se le denomina equifinalidad (Cicchetti & Rogosh, 2002).

Durante la adolescencia, la presencia de algunos problemas de salud mental conductuales o emocionales, pueden tener causas biológicas, ambientales o una mezcla de ambas, y pueden ser una fuente de estrés tanto para el joven como para la familia y los contextos sociales cercanos, lo cual distorsiona la habilidad del adolescente para responder y funcionar a nivel social, académico y emocional. Masten et al., (2004), refieren que es importante tomar en cuenta las competencias que permitirán a los individuos adaptarse de manera positiva y mencionan que cuando no se presentan estos recursos, el individuo responde adaptándose de forma negativa ante situaciones adversas.

Por lo tanto, la identificación de condiciones del desarrollo normal y anormal durante la adolescencia ofrece un panorama de la diversidad en el curso del desarrollo durante este periodo aunado a la conceptualización de divergencia y convergencia en vías de desarrollo, continuidad y discontinuidad, así como de las condiciones de riesgo y procesos de protección que llevan a una mala adaptación, considerando la posible presencia de psicopatología, o bien de resiliencia en el sentido de trayectorias de recuperación a la normalidad del desarrollo (Cicchetti & Rogosh, 2002; Masten, 2001).

Al hablar de psicopatología, es necesario contar con una clasificación de los problemas mentales que pueden presentar los adolescentes, ya sea desde un punto de vista categórico, que se refiere a que los problemas estarán presentes o ausentes dependiendo los síntomas manifestados; o bien hablar de una clasificación evolutiva, que trata de explicar el desarrollo normal y patológico en función de la conducta del individuo y la manera en la cual se adapta a estos desafíos. Sin embargo, se habla de que una clasificación dimensional es más apropiada al momento de determinar agrupaciones de conductas altamente relacionadas, por lo cual se defiende la asignación de un diagnóstico dependiendo del grado en el cual el individuo coincide con aquellas características que definen una categoría, considerando los problemas psicológicos como desviaciones cuantitativas del comportamiento normal (Betancourt, 2007).

Tomando en cuenta lo anterior, la clasificación de los trastornos del comportamiento realizada por Achenbach y Rescorla (2001) es considerada como dimensional, ya que ellos mencionan que las conductas disruptivas se agrupan en internalizadas y externalizadas. La conceptualización de la dimensión internalizada se caracteriza por conductas que se relacionan con conflictos internos que reflejan síntomas como depresión, ansiedad, introversión y somatización que podrían tener efectos sobre el desempeño académico, competencia social, autoestima y ajuste psicológico. Por otra parte, la dimensión externalizada refleja conductas asociadas a conflictos a nivel social, incluyendo dificultad para apegarse a las nor-

mas, conducta opositora, agresión y se ha relacionado con problemas en la adultez temprana.

La salud mental en la adolescencia se ve afectada por la conducta antisocial, ya que constituye uno de los principales problemas debido a las repercusiones inmediatas en aspectos sociales, económicos y personales, tanto para los propios agresores como para las otras personas con quienes interactúan (Antolín, Oliva, & Arranz, 2009). Durante las últimas décadas se ha planteado la necesidad de delimitar los problemas de conducta de inicio temprano a partir de la manifestación de rasgos afectivos, interpersonales y conductuales, similares a los que definen la psicopatía adulta, ya que se asocian con un peor pronóstico dada la estrecha relación que mantienen con comportamientos de tipo agresivo, delictivo y antisocial persistentes y graves (López, Romero, & Luengo, 2011).

De acuerdo con los datos recabados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014), la personalidad antisocial en hombres tiene una prevalencia de entre 1 y 6%, además es frecuente encontrar individuos con estas características en los servicios de atención de salud mental y en los centros penitenciarios donde se calcula que 80% del total de su población presentan características asociadas a este tipo de personalidad.

Por desgracia, las consecuencias a largo plazo a menudo son poco alentadoras, ya que en ocasiones algunos de los problemas asociados a la conducta antisocial continúan en forma de conducta criminal, alcoholismo, afectación psiquiátrica grave, problemas interpersonales y dificultades de adaptación en áreas como el trabajo y la familia (Peña & Graña, 2006).

En 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) llevó a cabo el censo nacional de gobierno, seguridad pública y sistema penitenciario estatal, el cual tuvo como objetivo generar información sobre la gestión y desempeño de las instituciones que integran a la administración pública de cada entidad federativa, donde se informó que en la ciudad de México se obtuvo un registro de 4 959 adolescentes que se encontraban internados en los centros de tratamiento o internamiento estatales en particular por conductas antisociales.

El papel que tiene la familia, sus funciones y sus características puede actuar como factores de protección o de riesgo, al generar una gran influencia para que los jóvenes presenten problemas de conducta en general y desarrollen conductas antisociales. Por una parte, los procesos de interacción familiar tienen como objetivo socializar a los hijos en un determinado sistema de valores, normas y creencias, lo que evoca que las persona logren adaptarse a la sociedad (Musitu, 2000). Por lo tanto, es importante el tiempo que los padres pasan con sus hijos adolescentes debido a que la familia permanece como marco de referencia y ayuda en el proceso emergente del cómo desea ser y cómo llegará a ser, siendo así un factor protector importante.

Sin embargo, existe evidencia de que los ambientes relacionados con factores de riesgo en los cuales se combina por ejemplo, abuso infantil, problemas económicos, humillación, castigo físico sistemático o las rupturas familiares, se asocian con frecuencia con el desarrollo de conductas antisociales, alteraciones emocionales y con un mayor riesgo de consumo de drogas y alcoholismo (Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador, & Medina-Mora, 2007), lo cual apunta a la familia también como un factor de riesgo.

Un factor de riesgo es algún acontecimiento negativo o conjunto de condiciones adversas en el medio ambiente o en el adolescente, que ponen en peligro su equilibrio y bienestar, por tanto al presentar alteraciones en su desarrollo, con los consecuentes resultados negativos, aumenta la probabilidad de que experimente problemas sociales y de salud, que pueden ubicarse en uno o más niveles ecológicos como el individual, familiar o comunitario. Así, el riesgo de comportamiento inadecuado se incrementa de forma exponencial con problemas, por ejemplo, de disfunción familiar, fracaso escolar, que traen consigo un aumento significativo de problemas de salud mental, como abuso de sustancias, trastornos de conducta, o ambos (Jenson & Fraser, 2006).

A nivel mundial se presentan cifras que muestran el panorama de la salud mental en los adolescentes, por ejemplo, la OMS en el 2012 señalaba que la depresión fue la principal causa de enfermedad y discapacidad en adolescentes entre 10 y 19 años de edad a nivel mundial. Se estima que cada año mueren más de 2.6 millones de jóvenes entre 10 y 24 años por causas prevenibles, que 430 adolescentes mueren a diario por violencia interpersonal; que 40% de los casos de infección por VIH tienen entre 15 y 24 años, y por último, que 700 adolescentes perdieron la vida debido a traumatismos provocados por accidente de tránsito (OMS, 2012).

En México, el INEGI (2013) indicó que la primera causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años fueron las agresiones (24.2%), seguida de accidentes en transporte (16.1%), y que las lesiones autoinfligidas como el suicidio ocupaban el tercer lugar (8.6%). Asimismo, en un estudio realizado por Caraveo-Anduaga, Colmenares y Martínez (2002), en hogares de 16 delegaciones de la Ciudad de México, se identificó que las manifestaciones sintomáticas con mayor prevalencia fueron inquietud (19%), irritabilidad (17%), nerviosismo (16%), déficit de atención (14%), desobediencia (13%), explosividad (11%) y conducta dependiente (9%), lo que resalta la importancia de la detección temprana de síntomas.

Asimismo, los perfiles epidemiológicos de salud mental, muestran diferencias con respecto al sexo (Benjet *et al.*, 2009, Borges *et al.*, 2008). Alrededor de 40% de la población adolescente entre 12 y 17 años presentó algún trastorno afectivo, de ansiedad, control de impulsos y de consumo de sustancias, siendo las mujeres quienes muestran en general mayor prevalencia y gravedad de los trastornos psiquiátricos en comparación con los hombres, lo que sugiere que la adolescencia es un periodo

de mayor vulnerabilidad para ellas (Borges *et al.*, 2008). La evidencia señala que en los hombres, la agresividad es una de las conductas con mayor incidencia en comparación con las mujeres, mientras que, en las mujeres, en concreto la introversión y la somatización se presentan con una frecuencia de casi el doble en comparación con los hombres (Oliva, Rivera, González, & León, 2009). Sin embargo, los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en 2011 informaron que la mayor demanda de tratamiento por abuso de sustancia es por parte de los hombres (77.2%) en comparación con las mujeres, de los cuales 31.9% fueron jóvenes de 15 a 19 años.

Los factores de riesgo y los procesos de protección durante la adolescencia, así como la historia de sus transacciones dinámicas y su influencia en el individuo a lo largo del desarrollo, deben examinarse para poder identificar de manera temprana a los adolescentes que están en riesgo de trastornos de mayor gravedad en la edad adulta como la psicopatía y que tiene sus antecedentes en la conducta antisocial y otros trastornos en la adolescencia. Es importante considerar que los adolescentes no sintomáticos también pueden desarrollar potencialmente trastornos en la edad adulta, aunque no manifiesten de manera abierta u observable esos trastornos en esta etapa de desarrollo (Cicchetti & Rogosch, 2002).

La evaluación oportuna de algunos rasgos sociopáticos en la niñez y adolescencia asociados con cuadros de mayor riesgo o nivel de gravedad es de suma importancia desde un punto de vista preventivo. La identificación temprana de algunos marcadores de riesgo de trastornos en el desarrollo que indican la presencia de conductas desviadas y posibles trayectorias negativas hacia la psicopatía en etapas posteriores es por demás fundamental por sus implicaciones para la intervención en prevención y promoción de la salud. En este sentido no sólo posibilita salvaguardar la integridad física y emocional de los propios adolescentes, sino de las personas que los rodean, tanto de pares como de otras personas, asimismo se podría frenar una trayectoria alterada, recuperar el equilibrio y prevenir un cuadro más grave en la adultez. Dentro del modelo ecológico-transaccional, en su carácter de macroparadigma, ha permitido el avance de las ciencias del desarrollo en el cual han surgido diversos enfoques para entender los problemas de los chicos que desde edades tempranas presentan comportamientos antisociales. La utilidad de este enfoque, radica en la posibilidad de estudiar dichas alteraciones del comportamiento adolescente desde una perspectiva que va desde lo biológico hasta los vecindarios como plantea Cicchetti (2010). Visto así, queda claro que con independencia de que algunos cuadros de conducta antisocial tienen una base biológica (Wymbs, Bassett, Mucha, Porter, & Grafton, 2012), la evidencia muestra que se puede trabajar a partir de la familia y la escuela a edades tempranas dada la plasticidad de los adolescentes (Cicchetti & Rogosch, 2002).

En este sentido, se han utilizado dos enfoques conceptuales para estudiar la psicopatía en niños y adolescentes (Essau, Sasagawa, & Frick, 2006). El primer enfoque propuesto por Lynam, involucra la creación de un subtipo de trastorno de conducta

basado en su comorbilidad con hiperactividad e impulsividad, en el cual se argumenta que los niños con conducta impulsiva, hiperactiva, o ambas aunado a otros problemas de conducta, tienden a estar en riesgo de un comportamiento antisocial más grave y persistente en comparación con aquellos con sólo uno de estos problemas. Mientras que Cleckley y Hare proponen un segundo enfoque centrado en los rasgos psicopáticos centrales o básicos, caracterizados por insensibilidad, así como falta de culpa afecto, remordimiento y empatía, entre otras, que hoy en día es conocido como *callous-unemotional traits* (rasgos de insensibilidad emocional). Su relevancia en la conceptualización de la psicopatía en la edad adulta surge de la necesidad de diferenciar a los individuos con rasgos psicopáticos que presentan un componente emocional o rasgos de insensibilidad emocional y no sólo considerarlo un subgrupo dentro del comportamiento antisocial, resaltando así la importancia de su identificación a edades tempranas.

¿Qué son los *callous-unemotional traits* o rasgos de insensibilidad emocional?

El estudio del constructo de psicopatía se ha centrado en el papel que juegan los rasgos afectivos, interpersonales y conductuales, entre los más notables se encuentra la ausencia de remordimientos, manipulación e impulsividad, que se llegan a presentar durante edades tempranas del desarrollo, enfocándose en la identificación de los múltiples factores causales que subyacen a su persistencia y desarrollo durante la adultez (Frick & Viding, 2009).

Los problemas de conducta tienden a presentarse con mayor frecuencia durante la adolescencia, por lo cual, algunos autores enfatizan la diferencia entre dichos problemas y las características propias de esta etapa, así como el impacto que tiene durante el desarrollo; dichas investigaciones han derivado en la clasificación y conceptualización de rasgos que se consideran predictores de psicopatía en la adultez (Cicchetti & Rogosch, 2002; Frick 2012).

En un intento relativamente reciente donde se pretende aclarar la confusión alrededor del estudio de la empatía y el comportamiento antisocial, algunos autores (Frick, 2012; Viding & McCrory, 2012) han puesto por delante la conceptualización, denominada *callous-unemotional traits* (CUT) o Rasgos de Insensibilidad Emocional (RIE) como predictor de la violencia juvenil (Fanti, Hadjicharalambous, & Katsimicha, 2013) y la psicopatía adulta, según lo demuestran estudios donde se informa que los CUT permanecieron relativamente estables hasta los 24 años de edad (Blonigen, Hicks, Kruger, Patrick, & Iacono, 2006).

El concepto de *callous-unemotional traits*, surge a partir de la necesidad de diferenciar a un subgrupo de jóvenes que presentan ciertos rasgos y problemas de conductas más graves y de inicio temprano. De acuerdo con Frick y White (2008) en la conceptualización de estos rasgos se tomaron en cuenta las dimensiones que son empleadas para clasificar la psicopatía en adultos que presentan conductas antisociales más agresivas y violentas; aunque existe debate con respecto a qué componentes son los que mejor describen el constructo de psicopatía, se aprecia que al menos tres elementos son consistentes: 1. Un factor afectivo que se asocia con la incapacidad de reconocer las emociones propias y las de otras personas. 2. Un arrogante y engañoso estilo interpersonal con una visión narcisista de uno mismo y comportamiento manipulador. 3. Presencia de impulsividad que puede derivar en conductas mal planeadas y tendencia al aburrimiento.

El significado de la palabra "*callous*" proviene del idioma inglés y significa insensibilidad, indiferencia o antipatía, etimológicamente del latín *callōsus* hace referencia a una parte dura de la piel, aunque también se denomina de esta forma a cualquier material duro con la terminación *ōsus* y *ous*. Por otro lado, la palabra "*unemotional*" significa sin emociones en inglés; viene del latín *exmovēre, ērelativamente movēre*, lo cual se refiere a la reacción de un evento significativo, ya sea un estímulo externo o interno (Galván, 2011). Por ello en México, se ha traducido de manera preliminar por Galván como un síndrome denominado rasgos de insensibilidad emocional (RIE).



Figura 3-1. Componentes del síndrome de rasgos de insensibilidad emocional.

Las investigaciones realizadas en diversos países (Barcelata & Rivera, 2017; Ciucci, Baroncelli, Essau *et al.*, 2006; Galván, 2011; Kimonis *et al.*, 2008, Rivera, 2016) refieren que las dimensiones que componen a los RIE o CUT (por sus siglas en inglés de *callous-unemotional traits*), son: insensibilidad (*callous*), indiferencia (*uncaring*), carencia de emociones/inexpresividad (*unemotional*) y despreocupación o descuido

(*careless*). Sin embargo, los elementos que han estado presentes de manera consistente en estudios sobre los RIE han sido insensibilidad, inexpresividad y despreocupación (figura 3-1).

Los adolescentes con RIE se caracterizan por la falta de preocupación por los sentimientos de los demás, carencia de culpa, despreocupación por el desempeño en actividades importantes, arrogancia, falta de remordimiento, irresponsabilidad, impulsividad, dificultad para exteriorizar sentimientos o emociones propias, excepto tan conductas manipuladoras (Frick, 2012; Kimonis, Ogg, & Fefer, 2014). Sin embargo, cabe señalar, que estas características deben implicar un cierto nivel de estabilidad en el desarrollo para ser designados como "rasgos", por lo que los estudios transversales no siempre son tan precisos en identificar el síndrome como tal.

Los adolescentes identificados con RIE requieren atención especial, debido a que no se habla sólo de comportamientos aislados, sino que son el reflejo de rasgos "alterados" de la personalidad que se asocian a una falta de internalización de normas y leyes, por lo que suelen involucrarse en actos delictivos y violentos, que representan un problema social significativo para muchas sociedades (Halty, Martínez, Requena, Santos, & Ortiz, 2011). Además, estudios longitudinales han encontrado que los RIE predicen de forma parcial el comportamiento psicópata incluso después de controlar los factores de riesgo (Burke, Loeber, & Lahey, 2007), lo cual hace necesario ampliar la investigación y comparar dichos hallazgos en otras poblaciones y muestras, ya que algunos resultados son inconsistentes y a veces contradictorios.

Por ejemplo, Frick, Stickle, Dandreaux y Farrell (2003) al llevar una investigación durante un periodo de cuatro años encontraron que, a pesar de que existe un alto grado de estabilidad en los RIE, un número significativo de adolescentes con este síndrome presentaron un decremento en la estabilidad de los RIE, lo que se puede asociar con los problemas de conducta mostrados, el nivel socioeconómico y la calidad de la crianza recibida por el niño; por lo tanto, parece que estos rasgos tienden a ser en parte maleables e influenciados por factores en el entorno psicosocial.

En los últimos años se ha puesto atención en la evaluación de los RIE, debido a que los jóvenes con este síndrome son menos propensos a mostrar o comprender las emociones, en especial la tristeza y el miedo (Fanti *et al.*, 2013). López, Romero y Luengo (2011), señalan la importancia de tener en cuenta el papel de los rasgos psicopáticos, sobre todo de tipo afectivo-interpersonal, como factor de riesgo de patrones más graves y persistentes de conductas externalizadas. El estudio de las emociones se considera esencial, ya que la información con respecto a su desarrollo, origen y la relación con aspectos mentales permite especificar las experiencias y las condiciones necesarias para lograr cambios en la dirección del desarrollo en los individuos, al evaluar los elementos que se ven asociados, por ejemplo, con los rasgos de insensibilidad emocional, así como su rol con otros problemas del compor-

tamiento (Masi *et al.*, 2014). Al evaluar con oportunidad la forma en que interactúan las emociones de los adolescentes con RIE con otros factores personales, se podrían diseñar estrategias integrales que puedan ayudar a reducir los rasgos y promover conductas más saludables, por ejemplo, a partir de la intervención con la familia en cuanto a prácticas de crianza o el entrenamiento a profesores en la escuela como algunas investigaciones sugieren (Hawes & Dadd, 2005; Larsson, Viding, & Plomin, 2008; Pasalich, Dadds, Hawes, & Brennan, 2011).

Variables asociadas a los rasgos de insensibilidad emocional

Hoy en día, algunos estudios de los RIE se han enfocado en conocer la manera en cómo se asocia con la autolesión (Delgado, 2013), los recursos psicológicos adaptativos (Barcelata & Rivera, 2015), y con la adaptación adolescente (Rivera, 2016), además de cómo influyen los recursos potenciales para la resiliencia con presencia y ausencia de RIE en adolescentes (Rivera, Rodríguez, & Barcelata, 2016).

Los RIE con frecuencia han sido relacionados con una reducida respuesta de la amígdala, trastornos en las respuestas en zonas cerebrales como el córtex prefrontal ventromedial o córtex orbitofrontal, y en algunas ocasiones se les asocia con alteraciones hormonales, como niveles bajos de cortisol (Imaz, González, Geijo, Higuera, & Sánchez, 2013). Tomando en cuenta lo anterior Masi *et al.*, (2014), realizaron un estudio donde se evaluó el rol de los RIE en adolescentes con trastorno de conducta disruptiva, empleando la reacción ante imágenes agradables y desagradables, donde se observó que existe una respuesta emocional disminuida ante estímulos de tipo angustiados, lo que sugiere un déficit específico en el proceso de las emociones, en especial cuando se trata de tristeza o miedo, y reactividad emocional distorsionada en adolescentes con trastorno de conducta disruptiva, asociada a mayores rasgos de insensibilidad emocional.

De acuerdo con Silverthorn, Frick y Reynolds (2001), este síndrome parece emerger durante la infancia y se le asocia con varios trastornos de la conducta dando como resultado un mayor riesgo de presentar consumo de sustancias a temprana edad, debido a la forma en que responden a las influencias del medio ambiente (Fanti *et al.*, 2013; Wymbs *et al.*, 2012), que en ocasiones, como lo señalan Benjet *et al.*, (2009), evoca una mayor prevalencia y gravedad de trastornos durante etapas adultas.

En Gran Bretaña, Viding (2005) llevó a cabo un estudio con 7 374 gemelos de 7 años, los hallazgos muestran que presentar altos niveles de RIE a esta edad se asocia fuertemente con aspectos genéticos, y en menor grado con factores ambientales, sobre todo en los hombres quienes presentan mayor probabilidad de estos rasgos. Por lo tanto se puede mencionar que, la coocurrencia de RIE y problemas de conducta puede estar mediada también por influencias genéticas.

Sin embargo, lo anterior no significa que la influencia medio ambiental presente en la familia no sea importante (Viding, Frick, & Plomin, 2007), así como lo informan Elizur, Somech y Vinokur (2017) en un estudio donde la ineficacia de la crianza de los hijos es una variable latente que fue indicada por las prácticas negativas/inconsistentes y la ineficacia percibida de los padres. Sugieren que cuando los padres se sienten indefensos, ineficaces y angustiados, tienen más probabilidades de estar deprimidos y enojados, con tendencia a reaccionar de forma exagerada con comportamientos parentales coercitivos y desregulados que pueden agravar la oposición y las conductas disruptivas de los niños.

Cabe mencionar que el porcentaje de jóvenes con alto grado de RIE en población comunitaria varía de 7 a 11%, además se han identificado otros factores y problemas asociados a estos rasgos, por ejemplo, se ha estimado que de los adolescentes que presentan conductas asociadas con los RIE, 81% de ellos podrían tener una comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Además se ha encontrado que en muestras comunitarias de adolescentes con trastorno disocial, 46.1% de ellos presentan elevados RIE (De la Peña & Palacios, 2011).

En el estudio realizado por Dadds *et al.*, (2006), informan que en particular los jóvenes con conducta antisocial y RIE muestran dificultades en el procesamiento de los estímulos emocionales negativos, en específico en la reactividad a los signos de miedo y angustia, en otros, debido a la dificultad para reconocer los rasgos faciales asociados a las emociones. Por su parte, Frick (2012), menciona que los jóvenes con RIE son menos sensibles a los castigos y a las recompensas, tienden a mostrar características de valentía y niveles bajos de ansiedad en comparación con otros jóvenes con problemas de conducta, esto puede considerarse como factores que ponen en riesgo el desarrollo saludable del adolescente, evocando en algunos casos el desarrollo de conductas agresivas y antisociales.

Estudios como el de Byrd, Kahn y Pardini (2013) realizado con población comunitaria de adolescentes y adultos emergentes en EUA, indican que tener alto grado de RIE se correlaciona significativamente con cualquier clase de delincuencia, psicopatía, psicopatología, abuso de sustancias, falta de empleo, infidelidad, actos violentos contra la pareja y deficiencias en el funcionamiento psicosocial.

Tomando en cuenta lo informado en investigaciones realizadas con población adolescente en conflicto con la ley, es necesario mencionar que tan sólo en la ciudad de México, un total de 4 207 adolescentes entre 12 y 18 años infringieron la ley (Consejo de Menores del Distrito Federal, 2007). Dentro de esta misma línea en 2014 el INEGI informó 1 619 homicidios de adolescentes y en el mismo año la Ciudad de México ocupó el segundo lugar de las urbes más violentas del mundo (Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal, 2015), además de que durante los últimos 30 años murieron a diario alrededor de dos menores de 14 años a causa de la violencia familiar y la delincuencia común (Vargas, Pozos, & López, 2008).

Por lo tanto, los datos dibujan a un país con un panorama violento para el desarrollo de los adolescentes. La parte, la presencia de RIE a edades tempranas ha mostrado un papel importante como predictor de problemas de comportamiento más graves y persistentes, conductas agresivas y violentas de carácter proactivo e instrumental, tanto entre la población infantil como en la adolescente (Byrd *et al.*, 2013; Rowe, Moran, Ford, Briskman, & Goodman, 2009; McMahon, Wikiewitz, & Kotler, 2010). Algunos adolescentes delincuentes con características antisociales y delictivas tienden a ser aislados y rechazados socialmente, además atraviesan sin éxito por los procesos de educación formal, y se involucran en actividades marginales y de alto riesgo psicosocial (Moffitt & Caspi, 2001).

En Italia se llevó a cabo un estudio con 540 adolescentes, los datos comunicados a través de los compañeros y autoinforme señalan que los jóvenes con RIE presentan un bajo rendimiento y problemas de conducta en la escuela, intimidación y agresión reactiva, además los resultados aportan valiosa información con respecto a que este tipo de agresiones pueden ser manifestadas por medio del *cyberbullying* (Ciucci *et al.*, 2014), lo anterior podría ser consecuencia en gran parte de la insensibilidad y la indiferencia presente en adolescentes con estos rasgos.

Por otro lado, Delgadillo (2013) al trabajar con 533 adolescentes de entre 11 y 17 años, encontró que los adolescentes que presentaban puntajes más elevados de conductas asociadas a este síndrome exhiben autolesiones en comparación con los que no presentaban RIE, además sus resultados indican que los jóvenes que puntuaron más alto en las dimensiones insensibilidad e inexpresividad presentaron intentos suicidas.

Rasgos de insensibilidad emocional: evidencia empírica con adolescentes mexicanos

La investigación informada sobre los RIE con población mexicana ha sido relativamente escasa. De la Peña y Palacios (2011) realizaron una revisión sobre los trastornos de conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia, donde mencionan que estos problemas se asociaron con lo denominado callo emocional. Aunque en su trabajo no se reportan hallazgos de investigación, se trata de un antecedente para la investigación realizada en años posteriores (Barcelata & Rivera, 2015; Barcelata & Rivera, 2017; Delgadillo, 2013; Galván, 2011; Rivera, 2016).

En 2011, Galván realizó una adaptación al español del *Inventory of Callous-Unemotional Traits* con población adolescente en contexto escolar y en conflicto con la ley, donde informó algunas propiedades psicométricas de este instrumento que en su versión original ha sido empleado para evaluar estos rasgos en diversos contextos, permitiendo así el empleo de esta herramienta con adolescentes mexicanos.

Considerando los hallazgos obtenidos en investigaciones con adolescentes mexicanos, se plantea la necesidad de examinar la prevalencia de los rasgos de insensibilidad emocional en adolescentes escolares, además de analizar las diferencias por sexo y grupos de edad y la asociación de dichos rasgos con la adaptación adolescente (Rivera, 2016).

En este sentido, a continuación se presentan los resultados de un estudio realizado con 814 estudiantes (47.7% hombres y 52.3% mujeres) entre 13 y 18 años ($M=14.73$ años; $DE=1.37$) de escuelas públicas y privadas de la zona metropolitana de la ciudad de México. Para la evaluación de los rasgos de insensibilidad emocional y la conducta internalizada y externalizada se emplearon los instrumentos que a continuación se describen:

1. Inventario de insensibilidad emocional: en su versión traducida al español mediante la metodología sugerida por la OMS del *Inventory of Callous-Unemotional Traits* (Galván, 2011). Cuenta con 24 reactivos en escala tipo Likert de cuatro puntos y está compuesto de cuatro dimensiones: *callousness*/insensibilidad ($\alpha = .66$) que se refiere a la carencia de empatía, culpa y remordimiento; *uncaring*/despreocupación ($\alpha = .59$) que incluye conductas relacionadas con la preocupación por los sentimientos de los demás y por el desempeño propio; y *unemotional*/inexpresividad emocional ($\alpha = .69$) que se centra en la ausencia de expresión de los sentimientos y emociones.
2. Este instrumento cuenta con un alfa de Cronbach global de .76, *youth self report -YSR-* (Achenbach & Rescorla, 2001), en su versión adaptada por Barcelata, Armenta y Luna (2013) para adolescentes mexicanos ($\alpha = .885$; varianza explicada = 55.54%). El YSR es un autoinforme que se divide en dos secciones. La primera sección permite conocer competencias sociales y el funcionamiento adaptativo y se caracteriza por incluir reactivos que permiten la descripción de las actividades que el adolescente realiza, así como la evaluación que hace de su propio desempeño. En la segunda parte están incluidos 112 reactivos (120 en total dado que el reactivo 56 incluye ocho subreactivos que exploran problemas físicos sin causa médica aparente) que se responden en escala tipo Likert de tres puntos. Estos reactivos permiten evaluar una amplia gama de conductas problema y algunas características positivas. Es necesario mencionar que dentro de la segunda sección del YSR se agrupan dos escalas de banda ancha que son los problemas internalizados, caracterizados por problemas de tipo emocional, y problemas externalizados que se enfoca en trastornos de conducta. Del mismo modo, se encuentran agrupadas conductas mixtas que son los reactivos que no se agrupan en conducta internalizada y externalizada, y un último grupo de reactivos que refieren características positivas del adolescente. En total se tienen 10 escalas de banda estrecha que incluye los siguientes síntomas: ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, ruptura de reglas, conducta agresiva, conducta prosocial y autoconcepto positivo.

Los datos obtenidos sobre la prevalencia de los RIE en adolescentes escolares indican que 61% de éstos (29% hombres y 33% mujeres) presenta alguna conducta asociada a estos rasgos. De manera más específica, los resultados refieren que en las dimensiones que componen a los RIE existen más mujeres inexpresivas (hombre = 41% y mujeres = 42.10%) y mayor porcentaje de hombres con rasgos de despreocupación (hombres = 26.90% y mujeres = 26.50%), e insensibilidad (hombres = 21.40% y mujeres = 13.30%).

Los análisis en la muestra total indican que la dimensión Inexpresividad en promedio tiene el puntaje más alto; con respecto a la comparación entre hombres y mujeres de los RIE y sus dimensiones, los datos indican que en los RIE global y sus tres dimensiones son los hombres quienes obtienen puntuaciones más altas y estadísticamente significativas, lo que indica que son los adolescentes quienes informan tener mayor RIE global y ser más insensibles, despreocupados e inexpresivos (tabla 3-1).

Tabla 3-1. Diferencia entre hombres y mujeres del RIE global y sus dimensiones

	Muestra total N= 814		Hombres n= 388		Mujeres n= 426		t	p
	M	DE	M	DE	M	DE		
RIE global	1.11	.35	1.17	.34	1.06	.35	4.63	.000**
Insensibilidad	.85	.44	.94	.43	.77	.43	5.46	.000**
Despreocupación	1.02	.54	1.06	.54	.98	.53	1.96	.050*
Inexpresividad	1.46	.61	1.51	.59	1.41	.62	2.40	.016*

*p<.05; **p<.01

Con respecto a la diferencia entre los adolescentes con rango de 13 a 15 años y los jóvenes de 16 a 18 años, los resultados del análisis de diferencia de medias muestran que no existen diferencias significativas en los RIE de forma global, ni en las dimensiones que los componen (tabla 3-2).

Tabla 3-2. Diferencia de medias de los RIE por grupos de edad

	13 a 15 años n= 588		16 a 18 años n= 226		t	p
	M	DE	M	DE		
RIE global	1.122	.359	1.089	.350	1.111	.595
Insensibilidad	.868	.450	.812	.411	1.574	.079
Despreocupación	1.03	.552	.988	.513	1.028	.212
Inexpresividad	1.464	.610	1.466	.627	-.038	.758

*p<.05; **p<.01

En los datos obtenidos a través del análisis de diferencia de medias de los factores de banda ancha y estrecha que componen al YSR, se puede observar que los factores de banda estrecha tienen las medias más altas en la muestra total, en específico los factores que corresponden a autoconcepto positivo y conducta prosocial. Por otro lado, las puntuaciones más bajas pertenecen a ruptura de reglas, retraimiento y quejas somáticas. En cuanto a los factores de banda ancha, la media más alta se observa en el factor de características positivas, seguido de problemas mixtos e internalizados respectivamente (tabla 3-3).

Las puntuaciones de diferencias entre hombres y mujeres indican que son ellas quienes presentan diferencias estadísticamente significativas en el factor de banda ancha de problemas internalizados, y en las escalas ansiedad y quejas somáticas. Asimismo, se encontró que son los hombres quienes presentan diferencias estadísticamente significativas en los factores que componen a las conductas externalizadas, y de manera específica al factor ruptura de reglas.

Tabla 3-3. Diferencia de medias por sexo de los problemas internalizados, mixtos, externalizados y características positivas del YSR

Factores de banda ancha y estrecha	Muestra total N= 814		Hombres n= 388		Mujeres n= 426		t	Sig.
	M	DE	M	DE	M	DE		
Problemas internalizados	.64	.358	.61	.37	.66	.346	-2.04	.041*
Ansiedad/depresión	.63	.401	.57	.41	.69	.383	-3.96	.000***
Retraimiento	.58	.380	.58	.40	.57	.358	.47	.632
Quejas somáticas	.53	.413	.48	.41	.58	.411	-3.29	.001**
Problemas mixtos	1.21	.413	1.21	.41	1.22	.41	-.313	.754
Problemas de pensamiento	.62	.389	.63	.40	.62	.379	.52	.603
Problemas sociales	.72	.434	.68	.430	.75	.435	-2.16	.031*
Problemas de atención	.81	.460	.81	.455	.81	.465	.029	.997
Problemas externalizados	.54	.332	.58	.34	.51	.316	3.11	.002**
Ruptura de reglas	.47	.350	.54	.36	.40	.326	5.91	.000***
Agresividad	.62	.362	.62	.37	.62	.348	.10	.920
Características positivas	1.30	.356	1.28	.37	1.32	.340	-1.66	.095
Conducta prosocial	1.31	.431	1.28	.435	1.33	.409	-1.47	.141
Autoconcepto positivo	1.28	.398	1.26	.40	1.30	.389	-1.27	.201

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

En la tabla 3-4, se presentan los datos obtenidos de las diferencias de medias por edad en cuanto a los factores del YSR. Los resultados señalan que los adolescentes de entre 13 y 15 años son quienes presentan las medias más altas y estadísticamente significativas tanto en los factores de banda ancha y estrecha correspondientes a los factores ansiedad, retraimiento, problemas sociales, problemas de pensamiento y agresividad.

Tabla 3-4. Diferencia de medias por edad de los problemas internalizados, mixtos, externalizados y características positivas (banda ancha y estrecha) del YSR

Factores de banda ancha y estrecha	13 a 15 años n= 588		16 a 18 años n= 226		t	Sig.
	M	DE	M	DE		
Problemas internalizados	.65	.37	.59	.31	2.28	.023*
Ansiedad/depresión	.65	.41	.57	.35	2.72	.007**
Retraimiento	.60	.39	.49	.32	3.83	.000***
Quejas somáticas	.54	.42	.48	.38	1.87	.062
Mixtos	1.23	.42	1.17	.38	1.62	.104
Problemas de pensamiento	.65	.40	.55	.33	3.33	.001**
Problemas sociales	.74	.44	.65	.39	2.43	.016*
Problemas de atención	.82	.46	.77	.43	1.31	.190
Problemas externalizados	.56	.34	.498	.28	2.58	.010*
Ruptura de Reglas	.48	.36	.43	.30	1.71	.087
Agresividad	.64	.37	.56	.31	2.84	.005**
Características positivas	1.30	.35	1.29	.34	.34	.729
Conducta prosocial	1.31	.42	1.28	.43	.84	.402
Autoconcepto positivo	1.27	.40	1.30	.37	-.95	.341

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Por otro lado, los resultados de la correlación entre los RIE global y sus dimensiones con los factores de banda ancha (BA) y banda estrecha (BE) del YSR muestran asociaciones estadísticamente significativas. En cuanto al RIE global y los factores de banda ancha los datos apuntan a que existe una asociación baja y positiva en los factores internalizados, externalizados y mixtos, así como baja y negativa con el correspondiente a las características positivas. Además, se pueden observar de manera más específica correlaciones entre las dimensiones que componen a los RIE y los factores de banda ancha del YSR, donde insensibilidad se relaciona de forma positiva y baja con los problemas internalizados, externalizados y mixtos. En despreocupación se observó una correlación baja y positiva con los factores externalizados y una asociación baja negativa con respecto a las características positivas. Por último, en inexpressividad sólo se encontró una correlación baja y negativa con las características positivas (tabla 3-5).

Tabla 3-5. Relación entre los RIE global y sus dimensiones con los factores de banda ancha del YSR

Factores BA YSR	RIE global	Insensibilidad	Despreocupación	Inexpresividad
Problemas internalizados	.237**	.274**	.094**	.133**
Problemas mixtos	.145**	.237**	.073*	.017
Problemas externalizados	.314**	.394**	.241**	.050
Características positivas	-.379**	-.113*	-.389**	-.237**

*p<.05; **p<.01

Los análisis de correlación entre los RIE global y sus dimensiones con las escalas de banda estrecha del YSR mostraron asociaciones que oscilan entre medias y bajas. En cuanto a las correlaciones de los RIE global y los factores de banda estrecha del YSR mostró en primer lugar asociaciones en mayor grado con ansiedad/depresión, retraimiento, ruptura de reglas, agresividad y problemas de atención, además los resultados indican que los factores que recolectan información de las características positivas se asocian de forma inversa con conducta prosocial y autoconcepto positivo (tabla 3-6).

Tabla 3-6. Correlaciones de los RIE global y sus dimensiones con los factores de banda estrecha del YSR

Factores BE YSR	RIE global	Insensibilidad	Despreocupación	Inexpresividad
Ans/Dep	.316**	.283**	.099**	.262**
Rt	.254**	.292**	.128**	.121**
OS	.149**	.192**	.086*	.045
PP	.197**	.282**	.078*	.072*
PS	.111**	.220**	.740*	-.031
PA	.276**	.326**	.167**	.100**
RR	.289**	.382**	.233**	.024
Ag	.296**	.355**	.218**	.069*
CP	-.362**	-.124**	-.363**	-.223**
AP	-.233**	-.034	-.256**	-.154**

*p<.05; **p<.01

Nota: ansiedad/depresión (Ans/Dep), retraimiento (Rt), quejas somáticas (OS), problemas de pensamiento (PP), problemas sociales (PS), problemas de atención (PA), ruptura de reglas (RR), agresividad (Ag), conducta prosocial (CP) y autoconcepto positivo (AP).

Con respecto a las dimensiones que componen al RIE, los resultados señalan que la mayoría de las asociaciones de insensibilidad con los factores de banda estrecha del YSR son bajas y significativas en ruptura de reglas, agresividad, problemas de atención, retraimiento, ansiedad/depresión, problemas de pensamiento y problemas sociales, además sólo se encontraron asociaciones bajas y negativas en conducta prosocial.

En cuanto al factor despreocupación, los datos indican una asociación baja y positiva con ruptura de reglas, agresividad, además de relaciones inversas de bajas a moderadas en conducta prosocial y autoconcepto positivo. Por último, en inexpresividad los análisis indican una correlación baja y positiva con el factor ansiedad/depresión y una asociación negativa y baja con conducta prosocial.

Existe escasa información reportada sobre datos epidemiológicos con respecto a los trastornos en adolescentes entre 12 y 17 años en población general (Benjet et al., 2009), por lo cual es necesario contar con evidencia empírica que refleje la situación de los adolescentes mexicanos, como los estudios retomados a lo largo de este capítulo (Galván, 2011; Rivera, 2016; Rivera et al., 2016).

Los datos indican que en población escolar existe una prevalencia bastante considerable de conductas asociadas a los RIE, en particular se observa que es mayor el número de mujeres que presentan conductas asociadas a estos rasgos (Rivera, 2016); estos resultados difieren de los hallazgos de Medina-Mora et al., (2003) donde se menciona que los hombres presentan mayor prevalencia en trastornos psicológicos en comparación con las mujeres.

Con respecto a las dimensiones que componen a los RIE, se observa que la prevalencia de hombres es mayor en insensibilidad y despreocupación, es decir, existe un mayor porcentaje de hombres que informan conductas asociadas con la carencia de empatía, culpa y remordimiento, además de ser despreocupados por su desempeño y por los sentimientos de los otros. Sin embargo, en la dimensión inexpresividad, los datos señalan que son más mujeres que hombres quienes informan conductas relacionadas con la ausencia de expresión afectiva.

En relación al sexo se observa en primer lugar que a pesar de que la prevalencia de RIE en hombres es menor que en mujeres, son ellos quienes presentan puntuaciones promedio más altas y significativas en RIE general y en sus tres dimensiones, lo que es consistente con lo informado por Essau et al., (2006) donde se señala que es frecuente observar diferencias significativas en niños escolares con estos rasgos en comparación con las mujeres.

Sin embargo no se observaron diferencias por grupo de edad en los RIE, lo cual difiere de investigaciones en torno a la salud mental donde se informan resultados diferentes dependiendo la edad del adolescente (Lemos, Fidalgo, Calvo, & Menéndez, 1992), ya que se encontró que los hombres presentaban conductas relaciona-

das con la ausencia del cuidado del propio desempeño y por los sentimientos de los otros, carencia de empatía, culpa, remordimiento, además de presentar ausencia de expresión de sus sentimientos con independencia de la edad.

Los resultados del análisis de correlación entre los RIE global y sus dimensiones con los factores de banda ancha y estrecha del YSR, concuerdan con los hallazgos en otras poblaciones (Byrd *et al.*, 2013; Frick, Bodin, & Barry, 2000; Frick, *et al.*, 2005; Kimonis *et al.*, 2008; McMahon *et al.*, 2010), donde se menciona que la presencia de RIE en adolescentes se asocia con una mayor gravedad y vulnerabilidad de presentar agresividad, conductas disociales, delincuencia y trastornos en la adaptación a normas sociales, lo que genera un mayor riesgo de involucrarse en arrestos por delitos graves durante la juventud.

En cuanto a los rasgos de insensibilidad emocional de manera conjunta y los factores de banda ancha que componen al YSR se observaron correlaciones parecidas a las informadas en el estudio de Essau *et al.*, (2006) sobre los problemas externalizados. Sin embargo, a diferencia de su investigación, se encontraron asociaciones positivas en cuanto a los problemas internalizados y la dimensión despreocupación.

Existe una relación inversa entre los RIE y las características positivas, ya que los factores que miden la adaptación positiva se asocian con los RIE de manera negativa, por lo cual se podría decir que, a mayor prevalencia de rasgos mayor adaptación negativa. Resultados similares se encontraron en el estudio llevado a cabo por Viding *et al.*, (2007) donde se informó que los RIE y la conducta prosocial se correlacionan significativamente de forma negativa, esto podría ser un indicador de que la presencia de RIE afecta las conductas relacionadas a las competencias psicosociales, como son ser amigable, ayudar y estar con otros.

Essau *et al.*, (2006), señalan que los RIE se asocian de manera significativa con los problemas de conducta y deterioro psicosocial. Esto es importante debido a que ciertas características comportamentales pueden ser transitorias y propias de esta etapa, sin embargo, otras pueden cristalizarse y derivar en conductas violentas y antisociales, que afecten de manera negativa a la adaptación.

Respecto a lo anterior Mestre *et al.*, (2012) mencionan que el proceso de la empatía parece ser el principal motivador de la conducta prosocial, tanto en su componente cognitivo (la comprensión del otro y la capacidad para ponerse en su lugar), y en especial el componente emocional (la capacidad de sentir lo que el otro está viviendo). Por lo tanto, se puede mencionar que los RIE se asocian con la carencia de empatía debido a la alteración en el componente emocional (Frick, 2012; Viding, & McCrory, 2012), ya que muestran una conducta prosocial disminuida.

De acuerdo con lo reportado por Rivera (2016), se observa que la dimensión insensibilidad se asoció con los factores del YSR que hacen referencia a los proble-

mas internalizados y externalizados. En específico, insensibilidad se correlaciona de manera positiva con las conductas depresivas y de ansiedad, lo que concuerda con los informado por Byrd *et al.*, (2013).

En suma, los resultados de esta investigación no sólo coinciden con lo reportado por otros estudios con adolescentes escolares sino, lo más preocupante, es que una alta proporción de adolescentes presenta algunos rasgos de insensibilidad emocional, y aunque, se trató de un estudio transversal, que no permite evaluar la estabilidad y permanencia de dichos rasgos, estos datos sugieren que se trata de un grupo en riesgo, como muchos otros de la Ciudad de México, en la cual los índices de delincuencia se han incrementado en los últimos años (Rivera, 2015). De cualquier forma, éstos y otros hallazgos con grupos de adolescentes mexicanos como los de Galván (2011), podrían ser útiles y orientar acciones de salud mental.

Conclusiones

El creciente interés de la investigación por conocer y describir la forma en que las características psicopatológicas se desarrollan a edades tempranas ha sido el parteaguas para el estudio de los rasgos de insensibilidad emocional, por lo cual se ha reconocido la forma y grado en que se asocian con la adaptación adolescente, reflejando la necesidad por identificar y prevenir un subgrupo de adolescentes con problemas de conducta más severos.

Los resultados de diversas investigaciones apuntan a que es necesaria la participación de los cuidadores al momento de intervenir con población adolescente, por lo cual, la enseñanza de métodos donde se fomente el comportamiento prosocial en adolescentes con RIE, sumado a continuar con la investigación que proporciona importantes pistas sobre nuevas estrategias y tipos de intervención, pueden ser elementos a considerar en el ámbito clínico y escolar (Frick & White, 2008; López & López, 2003; Pardini & Frick, 2013).

A partir de la evaluación de las dificultades que se encuentran asociadas con los rasgos de insensibilidad emocional en adolescentes, es necesario potencializar los recursos y competencias presentes que apoyen a una adaptación positiva, debido a que los RIE pueden ser maleables a través de una intervención eficaz que oriente de manera efectiva los mecanismos de desarrollo específicos que subyacen al comportamiento antisocial y se enfoque a redirigir el deterioro del desarrollo psicosocial (Frick & White, 2008; Pardini & Frick, 2013; Rivera *et al.*, 2016). Sin embargo, es importante mencionar que la asociación de los RIE y características positivas ha sido poco explorada aun cuando podría referir información importante sobre las posibles competencias o dificultades específicas en los adolescentes que pueden tomarse en cuenta al momento de realizar programas de intervención selectivos.

Los jóvenes con rasgos elevados de RIE pueden beneficiarse menos de los en-

foques tradicionales de salud mental y requieren intervenciones más intensivas, integrales y especializadas que se adapten a sus estilos emocionales, cognitivos y de motivación únicos, lo que apoya con claridad la importancia de redefinir métodos para evaluar los rasgos de RIE para guiar el diagnóstico apropiado y el posterior tratamiento adaptado (Kimonis *et al.*, 2014). Se enfatiza que el trabajo con adolescentes que presentan algunos RIE necesariamente tendrá que incluir a la familia, sus padres o tutores en particular y por supuesto a los profesores como se mencionó al inicio de este capítulo. La importancia de modelos como el ecológico-transaccional (E-T), descrito de forma previa, es precisamente el que aborda el desarrollo adolescente de manera integral, por lo que se ocupa tanto de las fortalezas como de los problemas, lo que permite evaluar e intervenir de forma integral con los diferentes sistemas o ecología en la que se desarrollan los adolescentes con base en evidencia que se debe seguir acumulando a partir de la investigación sistemática.

Con base en el modelo E-T, se subraya la necesidad de generar y promover ambientes que estimulen el desarrollo positivo de los adolescentes, donde la comunidad y la escuela participen como un factor promotor de la salud mental y la enseñanza de competencias psicosociales, que impulsen conductas socialmente deseables y adaptativas, debido a que, la exposición a la violencia comunitaria se asocia de manera significativa con el comportamiento externalizado y el mantenimiento de RIE (Kimonis *et al.*, 2008).

La mejora de la reactividad emocional puede convertirse en un objetivo importante del procedimiento de tratamiento en niños y jóvenes con rasgos de insensibilidad emocional, y puede estar asociada con mejoras, incluso en los problemas de conducta en términos de intensidad y estabilidad en el tiempo (Masi *et al.*, 2014), por lo cual es importante promover la educación emocional con la misma relevancia que se fortalecen el pensamiento abstracto, el razonamiento y el lenguaje, debido a que, desarrollar y fomentar el desarrollo constitutivo de la empatía es una parte fundamental del desarrollo integral del ser humano.

Referencias

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Vermont, U.S.A.: University of Vermont.
- Antolín, L., Oliva, A., & Arranz, E. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario de Psicología*, 40(3):313-327.
- Aragón, L., & Del Bosque, A. (2012). Adaptación familiar, escolar y personal del adolescente de la Ciudad de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2):263-282.
- Barcelata, B., Armenta, J., & Luna, Q. (Septiembre, 2013). Estudio de la validez del Youth Self Report en adolescentes de la Ciudad de México. En M. E. Márquez Caraveo. (Coordinadora) *Salud Mental, adolescencia, psicopatología y contextos*. Simposio llevado a cabo en el congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Guadalajara, México.
- Barcelata, B. & Rivera, A. (2017). Rasgos de insensibilidad emocional en adolescentes de contextos marginados: análisis por sexo y edad, *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 2(33):1-15.
- Barcelata, B., & Rivera, A. (Octubre, 2015). Rasgos de insensibilidad emocional (Callous- Unemotional Traits) y recursos psicológicos adaptativos en adolescentes temprano. En B. Barcelata (coordinadora) *Alcances de la psicología en la construcción de las políticas nacionales*. Simposio llevado a cabo en el congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Cancún, México.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31:155-163.
- Betancourt, D. (2007). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. (Tesis inédita de doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Blonigen, D., Hicks, B., Krueger, R., Patrick, C., & Iacono, W. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: a longitudinal-biometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1):85-95.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M., Orozco, R., & Wang, P. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in México City. *Bulletin of World Health Organization*, 86(10):757-764.
- Burke, J., Loeber, R., & Lahey, B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3):334-346.
- Byrd, A., Kahn, R., & Pardini, D. (2013). A validation of inventory of callous-unemotional traits in a community sample of young adult meals. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(1):20-34.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares, E., & Martínez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6):492-498.
- Centros de Integración Juvenil (2011). *Farmacoterapia de los síndromes de*

- intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. Recuperado de: www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/esp/documentos/documentosa/mexico.pdf
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multinivel perspective. *World Psychiatry*, 9(3):145-54.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1):6-20.
- Ciucci, E., Baroncelli, A., Franchi, M., Golmaryami, F., & Frick, P. (2014). The association between callous-unemotional traits and behavioral and academic adjustment in children: further validation of the inventory of callous-unemotional traits. *Journal Psychopathology Behavior Assessment*, 36(2):189-200.
- Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal (2015). México tiene 10 de las ciudades más violentas del mundo en 2014. Recuperado de: www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/temas-de-interes/seguridad/1166-mexico-tiene-10-de-las-ciudades-mas-violentas-del-mundo-en-2014
- Consejo de Menores del Distrito Federal (2007). Ingreso de menores infractores por edad en el D.F. Recuperado de www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/306156//archi vo
- Dadds, M., Perry, Y., Hawes, D., Merz, S., Riddell, A., Haines, D., Solak, E., & Abeygunawardane, A. (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3):280-281.
- De la Peña, F. & Palacios, L. (2011). Trastorno de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5):421-427.
- Delgadillo, Y. (2013). *Asociación entre rasgos de insensibilidad emocional y autolesiones en una muestra de adolescentes*. (Tesis inédita para obtener el diploma de especialista en psiquiatría). UNAM, México.
- Elizur, Y., Somech, L. Y., & Vinokur, A. D. (2017). Effects of parent training on callous-unemotional traits, effortful control, and conduct problems: Mediation by parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1):15-26.
- Essau, C., Sasagawa, S., & Frick, P. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*, 20(10):1-16.
- Fanti, K., Hadjicharalambous, M., & Katsimicha, E. (2013). Adolescent callous-unemotional traits mediate the longitudinal association between conduct problems and media violence exposure. *Societies*, 3(3):298-315.
- Frick, P. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(3):378-389.
- Frick, P. Stickle, T., Dandreaux, D., & Farrell, J. (2005). The 4-year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behavioral Sciences and the Law*, 21:713-736.
- Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21(4):1111-1131.
- Frick, P., & White, S. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:359-375.

- Frick, P., Bodin, S., & Barry, C. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12(4):382-393.
- Galván, C. (2011). *Validez y confiabilidad del inventario de rasgos de insensibilidad emocional de Frick, en una muestra de adolescentes escolares y de adolescentes en conflicto con la ley*. (Tesis para obtener especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia). UNAM, México.
- Halty, L., Martínez, A., Requena, C., Santos, J., & Ortiz, T. (2011). Psicopatía en niños y adolescentes: modelos, teorías y últimas investigaciones. *Revista de Neurología*, 52(1):19-27.
- Hawes, D. & Dadds, M. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4):737-741. doi.org/10.1080/15374416.2011.581624
- Imaz, C., González, K., Geijo, M., Higuera, M., & Sánchez, I. (2013). Violencia en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 17(2):101-108.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Censo Nacional de Valores en Juventud. Recuperado de: www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/justicia/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Estadística a propósito del día internacional de la juventud. Recuperado de: www.seieg.iplaneg.neseieg/doc/EAP_del_dia_internacional_de_la_juventud_1407524913.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2014). El trastorno de la personalidad antisocial. *Información Clínica*, 25(4):31-33.
- Jenson, J., & Fraser, M. (2006). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. In J. M. Jenson & M. W. Fraser (Eds.), *Social policy for children and families: A risk and resilience perspective* (1-18). USA: Sage.
- Kimonis, E., Frick, P., Skeem, J., Marsee, M., Cruise, K., Munoz, L., ... & Morris, A. (2008). Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3):241-252.
- Kimonis, E., Ogg, J., & Fefer, S. (2014). The relevance of callous-unemotional traits to working with conduct problems. *National Association of School Psychologists*, 42(5):9-12
- Larsson, H., Viding, E., & Plomin, R. (2008). Callous-unemotional traits and antisocial behavior: Genetic, environmental and early parenting characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2):197-211.
- Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P., & Menendez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema*, 4(1):21-48.
- López, C., & López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3(2):5-19.
- López, L., Romero, E., & Luengo, M. (2011). La personalidad psicópata como indicador distintivo de gravedad y persistencia en los problemas de conducta infanto-juveniles. *Psicothema*, 23(4):660-665.
- Masi, G., Millone, A., Pisano, S., Lenzi, F., Muratori, P., Gemo, I., ... & Vicari, S. (2014).

- Emotional reactivity in referred youth with disruptive behavior disorders: The role of the callous-unemotional traits. *Psychiatry Research*, 220(1):426-432.
- Masten, A. (2000). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3):227-238.
- Masten, A., Burt, K., Roisman, G., Obradovic, J., Long, J. & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 16:1071-1094.
- McMahon, R., Wilkowitz, K., & Kotler, J. (2010). Predictive validity of callous-unemotional traits measured early in adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 199(4):752-763.
- Mestre, V., Samper, P., Tour-Porcar, M., Richaud de Minzi, M., & Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4):1263-1275.
- Moffitt, E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13:355-375.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural. *Anuario de Psicología*, 31(2):15-32.
- Nelson, D., Adger, W., & Brown, K. (2007). Adaptation to environmental change: contributions of a resilience framework. *Annual Review of Environment and Resources*, 32:395-419.
- Oliva, L., Rivera, E., González, M., & León, D. (2009). Problemas de conducta más frecuentes en jóvenes de secundaria. *Revista electrónica Psicología Iztacala*, 12(3):30-42.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Día mundial de la depresión. Recuperado de: www.who.int/wip-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/
- Pardini, D., & Frick, P. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1):20-25.
- Pasalich, D., Dadds, M., Hawes, D., & Brennan, J. (2011). Do callous-unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12):1308-1315.
- Peña, M., & Graña, J. (2006). Agresión y conducta antisocial en la adolescencia: una integración conceptual. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 6:9-23.
- Quinz, N., Villatoro, J., Juárez, F., Gutiérrez, M., Amador, N., & Medina-Mora, M. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo conducta antisocial. *Salud Mental*, 30(4):47-54.
- Rivas, F. (2015). Incidencia de los delitos de alto impacto en México. México: Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad. Recuperado de <http://oncc.org.mx/wp-content/uploads/2016/06/REPORTE-ANUAL-2015.pdf>

- Rivera, A. (2016). Correlatos entre rasgos de insensibilidad emocional y la adaptación adolescente. (Tesis inédita de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM, México.
- Rivera, A., Rodríguez, R., & Barcelata, B. (2016). Análisis de los recursos potenciales para la resiliencia en adolescentes con y sin Callous-Unemotional Traits. En B. Barcelata (coordinadora). *Riesgos y fortalezas para una adolescencia saludable: evidencia en múltiples escenarios*. Simposio llevado a cabo en el XXIV Congreso Mexicano de Psicología, México.
- Rowe, R., Moran, P., Ford, T., Briskman, J., & Goodman, R. (2009). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:688-695.
- Silverthorn, P., Frick, P., & Reynolds, R. (2001). Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3):171-181.
- Vargas, I., Pozos, J., & López, M. (2008). *Violencia doméstica: víctimas, victimarios/ os o cómplices?* México: Porrúa.
- Viding, E. (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6):592-597.
- Viding, E., & McCrory, E. (2012). Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children? *The British Journal of Psychiatry*, 200:177-178.
- Viding, E., Frick, P., & Plomin, P. (2007). Etiology of the relationship between callous-unemotional and conduct problems in childhood. *The British Journal of Psychiatry*, 190(49):33-38.
- Wymbs, N., Bassett, D., Mucha, P., Porter, M., & Grafton, S. (2012). Differential recruitment of the sensorimotor putamen and frontoparietal cortex during motor chunking in humans. *Neuron*, 71(5):936-946.

Institucionalización en la adolescencia: análisis de riesgos y recursos

*Frida Claudia Constanza Méndez Tovar
Blanca Estela Barcelata Eguiarte*

La adolescencia es una etapa donde se define la identidad y se producen cambios sustanciales en la personalidad; asimismo, se desarrollan conocimientos y capacidades, que le permitirán al joven regular sus emociones y acciones. Éste también llegará a adquirir atributos y habilidades que le serán esenciales para asumir el papel de adulto y elaborar un proyecto de vida (Casullo & Fernández, 2001; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En este periodo, se da un cambio gradual en las interacciones con los demás, dentro de los agentes socializadores fundamentales se encuentran la familia, amigos y escuela; quienes tienen sus propias normas culturales, pautas y valores, en las que el adolescente buscará ser partícipe, incluso aunque esté en desacuerdo, debido a que busca su aceptación. Se considera que la familia tiene mayor influencia y brindará las herramientas para hacer del adolescente un participante funcional de la sociedad (Iglesias, 2013; *United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2011*).

Cuando los padres no proveen los cuidados necesarios, actúan diferentes tipos de organismos internacionales y nacionales para apoyar a los adolescentes, como es la Comisión de Derechos Humanos, UNICEF y en especial la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo su principal objetivo construir un futuro mejor y más saludable para la humanidad. A través de las oficinas que tiene en 150 países, trabaja de manera conjunta con los gobiernos y otros asociados, para que todos los jóvenes gocen en gran medida y hasta donde sea posible de salud (OMS, 2016). Entre sus

pensabilidades. Tercero, es una actividad con costos financieros y emocionales, que rebasa los límites de lo público y privado.

Fletes (2004), la describe como un conjunto de acciones llevadas a cabo por las instituciones gubernamentales federales, estatales y municipales, dirigidas a atender las necesidades básicas y urgentes de individuos y grupos que no están en condiciones de satisfacerlas por ellos mismos. Además, los ejercicios de atención tienen como objetivo revertir los efectos de la carencia, siendo de carácter temporal y de bajo o nulo costo para los afectados.

Por su parte, el Diario Oficial de la Federación (2014) de México, la define como aquella acción que tiende a modificar y mejorar las circunstancias que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas necesitadas, indefensas o con alguna desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida productiva, dicho trabajo comprende ejercicios de promoción, prevención, protección y rehabilitación.

En suma, se puede considerar que la asistencia social es una obligación y responsabilidad a nivel internacional y nacional con los individuos indefensos, con desventaja física o con carencias que ponen en riesgo su sano desarrollo, que cuenta con las siguientes características:

- Formal: cuando la ejercen instituciones internacionales y gubernamentales de cada nación.
- Informal: cuando la realizan instituciones privadas o no gubernamentales, en su mayoría dirigidas por población civil.
- Emergente: ya que satisface necesidades que requieren atención inmediata y promueve acciones preventivas, de protección y rehabilitación.
- Temporal: sólo se otorga por determinado tiempo.
- Específica: ya que sólo va dirigida a personas que requieran protección física, psicológica y social.
- Voluntaria: en el sentido de que puede o no ser retribuida de forma económica.

Adolescencia e institucionalización

En la adolescencia se determina la formación de una persona adulta. En un comienzo, el joven se esforzará por hallar su identidad y lugar en la sociedad, a su vez se darán cambios en sus relaciones interpersonales, influenciadas por la interacción familiar, escolar y con sus pares, las cuales ayudarán a su desarrollo integral (Izco, 2007; Rivera & Guerrero, 2006).

Desde un enfoque ecológico-transaccional, el microsistema de la familia suele ser el más influyente, pues son los padres los que expresan afecto, interés, compren-

sión y ayuda incondicional. No obstante, dificultades económicas, abandono, maltrato o rechazo familiar, así como aspectos del exosistema (falta de apoyo social o problemas laborales de sus progenitores) y macrosistema (crisis económica del país o algunos valores culturales), podrían interactuar y aumentar la posibilidad de que se presenten situaciones adversas que tienen como consecuencia que los adolescentes sean dados en custodia a diferentes organismos internacionales y nacionales, quienes se encargarán de sus necesidades básicas, pero también de su desarrollo afectivo y social (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1987; Luna *et al.*, 2010; Rutter, 2000).

Los programas que intervienen, intentan cubrir las funciones de la familia y normalizar su situación como menor institucionalizado. Debido a que la adolescencia representa un momento clave para la aparición y desarrollo de conductas problemáticas, se tienen como objetivo fomentar habilidades que puedan contribuir al desarrollo de su capacidad para hacer frente a la adversidad y promover sus funciones adaptativas y de resiliencia (Jessor, 1991; Matos, Simões, Figueira, & Calado, 2012; Siqueira & Dell'Aglio, 2006, 2007).

A partir del enfoque ecológico-sistémico, la resiliencia es un constructo multidimensional, que implica un balance entre los factores de riesgo y protección, en estos últimos el afrontamiento y las competencias sociales o académicas son esenciales para minimizar la presencia de dificultades en el desarrollo. Asimismo, es necesaria la experimentación de algún acontecimiento de riesgo, estresante o de adversidad para que pueda hacerse referencia a la resiliencia. De esta manera, los menores podrían llegar a ser resilientes cuando son capaces de superar la adversidad y reconstruir sus trayectorias de vida (Barcelata, 2015; Bronfenbrenner, 1987; Jessor, 1991; Rutter, 2007).

Diversas investigaciones se han centrado en los factores de riesgo-potenciales, éstas señalan que los niños y adolescentes criados en instituciones son más propensos a mostrar problemas de comportamiento y trastornos psiquiátricos en la adultez (Bos *et al.*, 2011; Kay & Green, 2016). Por ejemplo, Pinchover y Attar-Schwartz (2014) trabajaron con jóvenes árabes, israelíes y judíos admitidos en residencias de cuidado e identificaron que las conductas de victimización por parte de los pares, tienen un rol mediador entre el clima social percibido y la capacidad para ajustarse, por tanto, es posible que la falta de percepción de apoyo social o compañerismo, eleve la tendencia de presentar dificultades para adaptarse en general.

Datos similares señalan Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo (2011), al evaluar a menores procedentes de los sistemas de protección preadoptivo, residencial y con familia extensa de las ciudades de Cantabria, Murcia y Málaga, quienes se encontraban ingresados en residencias obtuvieron puntuaciones altas en problemas conductuales y mayor porcentaje de participantes en el rango clínico, que los pertenecen a los otros tipos de acogimiento. Además, los jóvenes clínicos tuvieron altos porcentajes en problemas somáticos y en conductas delincuentes y agresivas.

Al examinarse las diferencias de género de 2067 adolescentes en cuidados residenciales, se encontró que las mujeres al inicio de su admisión estaban más preocupadas que los hombres, además, puntuaron más alto en conductas internalizadas de depresión y ansiedad, y mostraron un riesgo elevado de cometer suicidio (Handwerk *et al.*, 2006). Asimismo, Moral-Jiménez y Pelayo-Pérez (2016), señalan elevada propensión a realizar comportamientos delictivos en hombres del Principado de Asturias. Se concluyó que la ausencia del padre, escolaridad o situación conyugal de los padres, podría influir en el desarrollo de conductas antisociales que derivan en sanciones penales.

Silva, Lemos y Nunes (2013), encontraron que los adolescentes que pertenecen a un albergue de la Región Autónoma de Madeira en Portugal, tienden a experimentar más sucesos de vida estresantes asociados con la familia, escuela y salud; éstos se relacionan de forma significativa con problemas internalizados, externalizados y psicopatológicos. A pesar de lo anterior, no existen diferencias respecto a recursos de resiliencia tanto internos como externos, entre los que están institucionalizados y los que viven con sus familias.

En otra investigación con jóvenes en acogimiento residencial de la ciudad de Almería, se observaron asociaciones positivas entre el tiempo en que han pertenecido a un esquema de acogida y la jovialidad, es decir, parecen optimistas conforme su estancia se hace más prolongada. Pero otros datos indican un aumento en la tendencia a desplegar comportamientos agresivos y antisociales. Además, se identificaron mayor probabilidad de presentar bajo rendimiento académico e inadecuados hábitos de estudios, así como una disminución de la adecuación a las normas sociales y falta de actitud positiva ante los posibles contratiempos. Los autores consideran que estos comportamientos podrían deberse a falta de programas educativos centrados en las habilidades sociales y la resolución de problemas (Fernández, Hamido, & Ortiz, 2009).

Otro estudio cuyo objetivo fue examinar los cambios en los problemas de externalización e internalización de los adolescentes en hogares de acogida y determinar si el tipo de maltrato, género y edad influye en sus trayectorias de vida, informa en el análisis de la curva del crecimiento, que los problemas de externalización e internalización disminuyeron con el tiempo. Los hombres colocados en hogares de acogida como resultado de abuso sexual, físico o negligencia, demostraron disminuciones más rápidas en los problemas de externalización, y de manera similar, pero en menor grado, los que fueron admitidos por otra forma de maltrato (McWey, Cui, & Pazdera, 2010).

Sánchez (2013), también comparó a los jóvenes de tres grupos: compañeros actuales de adopción, en acogimiento residencial y los que viven con su familia en contextos sociales desfavorecidos. Encontrando que a partir de los 12 años su percepción de sí mismos tiende a ser negativa, para después mantenerse y mejorar ligeramente entre los 14 y 16 años. No obstante, debido a que este patrón se observa de igual forma en los compañeros, en los que provienen de sus zonas y en los grupos de atención residencial, la autora concluye que el apoyo que reciben del acogimiento social contribuye a la mejora de su autopercepción.

Dentro de algunos recursos protectores, Fernández-Daza y Fernández-Parra (2012) informan que los jóvenes españoles institucionalizados del Distrito Federal, Caracas y del Estado Miranda, parecen ejecutar con mayor frecuencia las competencias deportivas y sociales, que los que viven con sus padres. Frank, Bose y Schrobenthauser-Clonan (2014), también comprobaron que al realizar actividades físicas como yoga, se reducen de forma significativa la ansiedad, depresión y angustia en adolescentes americanos. También, informaron disminuciones significativas en problemas de pensamiento y de atención. Sin embargo, no se encontraron mejoras en las quejas somáticas. Los adolescentes también indican menor propensión a realizar acciones motivadas por venganza en respuesta a transgresiones interpersonales e informaron menos hostilidad general que los estudiantes que no están en condiciones de riesgo.

Diversas investigaciones en países latinoamericanos, como la realizada por Oliveira y De Oliveira (2016), señalan que los jóvenes brasileños con más de dos años institucionalizados, muestran elevadas puntuaciones en conductas internalizadas y externalizadas. Las mujeres son más propensas a presentar problemas internalizados (depresión y ansiedad) que los hombres, ellos en cambio son menos propensos a mostrar conductas externalizadas, en especial cuando su estancia ha sido prolongada. Al entrevistarlos, la mayoría percibió de manera negativa a la institución, pero los que llevan más de dos años en acogimiento, expresaron una tendencia positiva hacia su situación residencial. Más de la mitad informaron haber estado enfermos y experimentado dolor (cabeza, estómago, garganta), fiebre, náuseas, resfriados y accidentes; y cuando fueron atendidos indicaron sentimientos de protección dentro del albergue. En las preguntas sobre sus esperanzas y sueños, las respuestas más comunes fueron: estudiar, trabajar, tener su propia casa, abandonar la institución de cuidado y regresar a la familia de origen. Las mujeres comunicaron deseos de convertirse en profesionistas y los hombres en su mayoría hablaron de sueños de ser atletas.

Otra investigación realizada en Brasil en un centro de asistencia psicosocial a la infancia y adolescencia, mostró que la mayoría de los jóvenes que consumen drogas, tuvieron algún tipo de convivencia con familiares usuarios de sustancias psicoactivas y relatan situaciones de agresión vivenciadas (Poterla, França, & Goldim, 2015). Polletto, Koller y Dell'Aglio (2009), por su parte, sugieren que las mujeres adolescentes de la ciudad de Porto Alegre tienen más probabilidades de reaccionar de manera emocional e inestable ante eventos adversos e invertir más en las relaciones inter-

personales, involucrándose situaciones conflictivas con los demás. En los informes de las entrevistas semiestructuradas, las mujeres manifiestan más problemas de salud y enfermedad y aumentaron la negatividad en la percepción del cuidado.

Barbosa, Segura, Garzón y Parra (2014), realizaron una investigación cualitativa con adolescentes institucionalizados colombianos. Por medio de entrevistas señalan que los jóvenes consideran que el consumir sustancias psicoactivas y realizar actos delictivos, se justifican debido a la falta de apoyo que perciben por parte de su familia; y también elevan su expectativa de ser aceptados y reconocidos por sus pares. De entre los estilos y estrategias de afrontamiento que se han observado en menores institucionalizados, Echeverri (2014), plantea mayor uso de la estrategia de preocuparse, del estilo de afrontamiento no productivo; también recurren a la ayuda profesional, buscar apoyo social y acción social. Por último, utilizan algunas estrategias del estilo productivo: distracción física, fijarse en lo positivo, búsqueda de pertenencia y concentrarse en resolver el problema. Esta última fue predominante, la cual le provee las capacidades para solucionar los conflictos. Estos hallazgos se obtuvieron de una muestra con menores pertenecientes a la Fundación Faro Sede San Rafael de Armenia Quindío en Colombia.

Resultados similares se encontraron al investigar a adolescentes institucionalizados de la capital de Perú, en donde se identificaron correlaciones entre las reacciones de estrés global, fisiológicas, cognitivas, emocionales y las estrategias de afrontamiento para esforzarse y tener éxito, no afrontamiento, autoinculparse y distracción física, así como mayor tendencia a autoinculparse en las mujeres que en los hombres, en cambio éstos informan un alto puntaje en ignorar el problema y distracción física (Roig, 2014).

En otro estudio realizado por González-Arratia, Valdez, Oudhof y González (2012) con adolescentes mexicanos en condiciones de orfandad de la ciudad de Toluca, se observó que la mayoría consume drogas para lidiar con sentimientos negativos y estresantes; y se encontraron elevados índices de consumo en los menores infractores, a pesar de que en su residencia se implementan acciones para combatirlo. También los que muestran nivel bajo de resiliencia, mayor devaluación social y refieren más aspectos negativos en su autoestima y seguridad, quizá debido a que perciben demasiada exigencia social y poseen pocas habilidades para enfrentar las dificultades y crisis. Por último, los adolescentes de la calle consideran la unión y expresión como un recurso psicológico, a pesar de que no cuentan con un vínculo familiar, desarrollan fuertes lazos con los amigos que se convierten en su familia y red de apoyo.

Asimismo, Sánchez (2015) trabajó con adolescentes hombres de un albergue del Estado de México perteneciente al Desarrollo Integral de la Familia (DIF), quienes muestran altos porcentajes de desadaptación en el área familiar y de la salud, esto concuerda con las principales causas por las que son institucionalizados, ya que presentan condiciones familiares adversas que afectan su salud. No obstante, las auto-

ras concluyen que lo anterior no impide que se relacionen con sus pares y cuenten con un adecuado estado emocional, debido a que se encuentran en el promedio en el área social e informan una adecuada adaptación en el área emocional.

Instituciones de asistencia social en México

En México, cerca de 2 218 533 adolescentes se encuentran bajo supervisión o cuidado en los mil alojamientos de asistencia social, de las 32 entidades federativas del país. Dichas instituciones tienen como propósito dar educación, apoyo para tratamientos médicos, terapia física y psicológica, así como diversos tipos de talleres, en los que se pueden promover diversos factores de protección, tales como la competencia y el afrontamiento, los cuales ayudarán a los menores a enfrentar diversos eventos en el momento que abandonen el sistema (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015a; Rodríguez, 2016).

La asistencia social formal es obligación del Estado mexicano, derivada del tercero y cuarto artículos constitucionales de la Ley General de Salud, que la plantea como la acción de satisfacer carencias específicas de determinados grupos y personas. Dentro de la misma, se encuentra la Ley de Asistencia Social, que promueve y coordina la prestación de servicios de asistencia social pública y privada. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social, son las encargadas de dicha función, en conjunto con el descentralizado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), fundado en 1977 tras la fusión de dos organismos (Cámara de Diputados, 2017; Huerta, 2006):

- Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), cuyo propósito era convertir a los beneficiarios en proactivos y no sólo en individuos pasivos que esperan ayuda del gobierno.
- Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), que tenía como objetivo velar por los niños huérfanos, abandonados o enfermos, es decir, asistencia a menores en condiciones de riesgo.

El objetivo principal del DIF (2017) es actuar como un agente de integración familiar, el cual podría verse comprometido por diversas causas, en México las más representativas son:

- Cuando el sustento de la familia cae sobre un progenitor, con frecuencia mujeres. Ésta es una realidad extendida en la población en condiciones de pobreza y exclusión social.
- Por la migración de los hombres y miembros jóvenes, afectando a sus seres queridos, quienes se ven en la necesidad de involucrar a sus menores en trabajos para que contribuyan al ingreso familiar.

- Maltrato y violencia en la familia, que experimentan en especial mujeres y niños.
- La negligencia hacia los niños y ancianos, ocasiona que se tomen acciones legales.
- La falta de información sobre sus derechos y en materia jurídica.
- Cuando los miembros de la familia presentan alguna discapacidad o requieren de cuidados especiales.
- La pobreza y discriminación también implica numerosos factores de riesgo para la integración familiar, algunos pueden ser prevenidos o compensados, otros pueden modificarse para evitar que causen daños irreparables.

El DIF cuenta con varios programas para construir una asistencia de tipo integrador y preventiva, que cubren diversos tipos de necesidades sociales, por ejemplo: alimentos, protección de los menores, atención a jóvenes con adicciones, embarazo en adolescentes, ayuda ante el maltrato y abandono familiar, rehabilitación a los discapacitados y cuidado de los adultos mayores. Estos programas, son proyectados a nivel federal, estatal, municipal o alcaldía, para atender las carencias de los mexicanos y así optimizar su desarrollo integral.

De acuerdo con el Censo de Alojamientos de Asistencia Social, realizado por el INEGI en el 2015a, existen alrededor de 4 700 alojamientos que se esfuerzan por apoyar a los más vulnerables. El 96.1% tienen residentes, 3.9% están en operación y en espera de tener población alojada. En este censo se tomaron en cuenta diferentes clases de albergues, tales como: casas hogar de menores de edad y adultos mayores; residencias para indígenas, migrantes, mujeres y personas en situación de calle; centros de rehabilitación para personas con adicciones, hospitales psiquiátricos, estancias para personas con enfermedades incurables o terminales, refugios para mujeres y sus hijos víctimas de violencia.

De estos albergues, 19.5% son casas hogar para menores de edad y más de 50% de los alojamientos tienen como fuente de sostenimiento donaciones particulares o cuotas de usuarios o familiares. Sin embargo, según el tipo de figura jurídica sólo 9.7% es una institución pública, 69.3% pertenecen a una asociación civil y 9.8% a instituciones de asistencia privada (INEGI, 2015a). Éstas dos últimas fracciones representan la asistencia social informal del país, en la que las personas desarrollan actividades sin fines de lucro en beneficio de la comunidad.

Una asociación civil es un contrato por medio del cual las partes convienen en reunirse, de manera parcial transitoria, para realizar un fin común que sea legal y no de carácter totalmente económico. Este tipo de actividades son reguladas por el Código Civil Federal y Estatal dependiendo de su sede, por tanto, tienen mayor autonomía en su administración. La asociación civil no emplea sus bienes y derechos para generar ganancias económicas; por el contrario, son empleados para dar asistencia social o promover actividades artísticas, culturales, deportivas, científicas, entre otras, es decir, con el objetivo de favorecer a la sociedad (Dávalos, 2013; Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2014).

Por su parte, una institución de asistencia privada, es una entidad personal jurídica y de patrimonio propio, sin fines de lucro, que con bienes de propiedad particular, ejecutan tareas de asistencia social. Se encuentra regulada por la Junta de Asistencia Privada, la cual solicita información, capacita y realiza gestiones de manera constante, con el propósito de supervisar que se cumpla la misión por la que fue fundada y garantiza la permanencia y adecuada administración del patrimonio. Su principal labor reside en ayudar al sector en condiciones de exclusión y vulnerabilidad, que han atravesado por una serie de procesos socioeconómicos y políticos, que los privan de sus derechos y libertades fundamentales; y limitan su acceso a la salud, educación, empleo y protección (JAPDF, 2016).

De acuerdo con el Informe Anual de Actividades de la JAPDF (2015), la Ciudad de México tiene cerca de 430 instituciones de asistencia privada, que cubren los siguientes rubros de atención:

- Adultos mayores: velan por personas con 60 años o más, a través de casas hogar y centros de día, donde reciben alimentación, vestido, atención médica, cuidados de enfermería, rehabilitación física, terapia ocupacional y recreativa.
- Discapacidad y rehabilitación: brindan educación especial, talleres productivos, servicios de casa hogar, rehabilitación física, capacitación para el trabajo y apoyo psicológico.
- Donantes y prestatarios: ayudan a cubrir sus necesidades económicas a través de préstamos prestatarios; y otorgan apoyos financieros y en especie a instituciones autorizadas a recibir donativos.
- Educación y desarrollo comunitario: proveen servicios de estancia infantil, educación básica, media superior y superior, que incluye programas de alfabetización y capacitación para el trabajo; conceden becas, orientación familiar, apoyo a proyectos productivos, actividades culturales y ecológicas dirigidas a todo tipo de público.
- Niños y jóvenes: atienden a niñas, niños y jóvenes de escasos recursos, abandonados, en situación o riesgo de calle, menores trabajadores o en algunas otras situaciones de desventaja social.
- Salud y adicciones: ofrecen consultas médicas generales y de especialidad, apoyo para el pago de estudios de laboratorio, medicamentos, cirugías, equipo e insumos médicos.

México cuenta con alrededor de 22 millones de adolescentes de 10 a 19 años, quienes representan la cuarta parte de la población total del país (INEGI, 2015b), por ello, los programas con mayor demanda son dirigidos a niños y jóvenes, así como en referencia a educación y desarrollo comunitario. En la Ciudad de México existen alrededor de 166 instituciones de asistencia privada, que apoyan a adolescentes para que tengan las mismas oportunidades que el resto de los jóvenes de la ciudad. Dentro de las principales causas por la que los adolescentes son recibidos en alguno de estos servicios son (JAPDF, 2015, 2016):

- Adolescentes en situación de calle, ya sea por falta o rechazo de la familia.
- La falta de los elementos básicos para el desarrollo integral del adolescente.
- Cuando la familia debido a un acontecimiento temporal, no tiene capacidad para hacerse cargo del menor de forma adecuada.
- La presencia de maltrato físico o mental, abuso sexual, explotación u otros similares.
- Por decisión propia o de la familia.
- Cuando el adolescente presenta alguna discapacidad física o mental y requiera internamiento en una institución, pero se permite el contacto con la familia.

La Junta de Instituciones de Asistencia Privada de la Ciudad de México (2016), divide a los institutos de asistencia social para niños y adolescentes de la siguiente manera:

- Albergue temporal: realizan intervención en crisis, tratamiento médico y psicológico, servicios de transporte, apoyo del área de trabajo social y jurídico.
- Casa hogar: brindan una vivienda digna y decorosa, alimentación, atención médica, educación escolarizada, asistencia psicológica, actividades culturales y recreativas. Además, de capacitación, terapia ocupacional y diversos tipos de talleres.
- Centro de día: se imparten talleres para adolescentes y sus familias, así como capacitación para padres, con diferentes tipos de temáticas de carácter preventivo.

Dependiendo de su situación son remitidos a alguna residencia asistencial, que se encarga de sustituir las funciones de la familia, que incluyen la alimentación, educación, una vivienda digna, bienestar emocional, servicios de salud mental y física; en general diversos factores de protección que le ayudarán al adolescente a hacerle frente a diversos eventos cuando sea momento de abandonar la institución.

Adaptación adolescente: hallazgos de investigación

Conductas internalizadas y externalizadas versus sucesos de vida estresantes

Recién se realizó una investigación, con el objetivo de analizar la relación entre conductas internalizadas y externalizadas; y sucesos de vida estresantes en 87 adolescentes de entre 12 y 16 años, ingresados a una institución de asistencia social de la Ciudad de México, que apoya a menores en condición de abandono, situación de calle y bajos ingresos económicos. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional y seleccionado por conveniencia. Este estudio formó parte del PAPIIT IN303714-3 adaptación y resiliencia en contextos múltiples: base para la intervención en la adolescencia. Proyecto financiado por DGAPA-UNAM. Después de haber obte-

nido autorización de la institución, así como los consentimientos informados respectivos de los tutores y los adolescentes se realizó una evaluación multidimensional que incluyó la adaptación en un contexto de sucesos estresantes.

Los resultados de este estudio muestran correlaciones positivas entre conductas internalizadas, problemas para socializar y quejas somáticas con sucesos de vida estresantes asociados al ámbito familiar, personal y de la salud (tabla 4-1). Por tanto, los adolescentes institucionalizados que presentan más conductas internalizadas ante conflictos familiares y cambios físicos, muestran mayor probabilidad de somatización y de carencia de habilidades sociales, lo que puede hacerlos propensos a realizar conductas delictivas, al consumo de drogas o una actividad sexual temprana (González-Arratia *et al.*, 2012; Sánchez, 2015; Moral-Jiménez & Pelayo-Pérez, 2016; Poletto *et al.*, 2009; Poterla *et al.*, 2015; Barbosa *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2013).

Tabla 4-1. Relaciones entre conductas internalizadas y externalizadas y sucesos de vida estresantes

Adaptación	Sucesos de vida estresantes					
	Familiar	Social	Personal	Problemas de conducta	Logros y fracasos	Salud
Conductas internalizadas	.227*	-.108	.314**	-.190	-.164	.227*
Problemas sociales	.317**	-.152	.258*	-.181	-.252*	.259*
Quejas somáticas	.336**	.229*	.350**	.251*	-.262*	.255*
Problemas mixtos						
Problemas de pensamiento	-.138	-.096	.334**	.245*	-.135	.235*
Problemas de atención	.224*	-.199	.295**	.350**	-.229*	.248*
Conductas externalizadas	-.131	-.048	.262*	.285**	-.148	.409**
Ruptura de reglas	-.164	-.044	-.186	.253*	-.095	.432**
Comportamiento agresivo	-.086	-.015	.237*	.254*	-.139	.343**
Recursos adaptativos	-.132	-.253*	-.064	-.151	-.207	-.155
Sentido del humor	-.153	-.284**	-.068	-.167	-.183	-.167

* p < 0.05; ** p < 0.01

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Se asociaron de manera negativa quejas somáticas con logros y fracasos (tabla 4-1), esto sugiere que los jóvenes tienden a experimentar menos malestares físicos, cuando alcanzan o no las metas que se proponen en las diferentes áreas de su vida, esto quizás debido a que comienzan a plantearse objetivos positivos posteriores al salir de la institución (Oliviera & De Oliveira, 2016). Dificultades de pensamiento y atención, correlacionaron de forma positiva con los factores que evalúan eventos estresantes personales, de la salud y problemas de conducta, las cuales de acuerdo con la literatura podrían disminuir con ayuda de las competencias deportivas (Frank *et al.*, 2014).

En lo que se refiere a conductas externalizadas se relaciona de manera positiva con el área personal, de la salud y problemas de conducta (tabla 4-1), hallazgos que se corroboran con lo informado por Moral-Jiménez y Pelayo-Pérez (2016) y Silva *et al.*, (2013). Estas últimas a su vez, se asociaron de manera positiva con ruptura de reglas y comportamiento agresivo, lo que quizás aumentará cuando los adolescentes presenten dificultades con las figuras de autoridad; y experimenten situaciones que afecten su salud, su vida emocional o sexual (Fernández *et al.*, 2009; Poletto *et al.*, 2009). Contrario a lo esperado, se encontraron pocas relaciones significativas con sucesos de vida estresante con la familia, tal vez porque la mayoría de los jóvenes se encuentran alejados de ella (Moral-Jiménez & Pelayo-Pérez, 2016). Por último, se presentan correlaciones positivas entre recursos adaptativos y sentido del humor, con sucesos que involucren socializar con individuos fuera de su familia o escuela. Lo que sugiere la posible presencia de habilidades sociales, que les ayudarán a adaptarse de forma positiva a la sociedad (Fernández *et al.*, 2009).

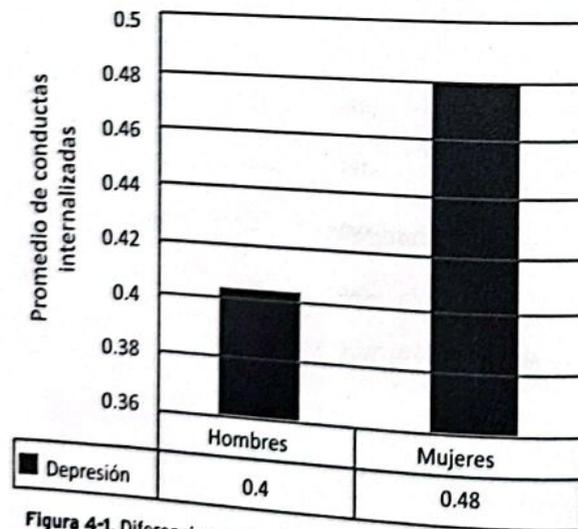


Figura 4-1. Diferencias de conductas internalizadas por sexo.

Como se observa en la figura 4-1, se encontraron diferencias significativas en la conducta internalizada de depresión ($t = -2.256, p = .027$), siendo las mujeres quienes informan mayor tendencia ($M = .58, DE = .42$) que los hombres ($M = .40, DE = .28$), ya que las adolescentes suelen mostrar mayor número de problemas internalizados (Oliveira & De Oliveira, 2016).

Los hombres parecen más proclives a realizar conductas externalizadas ($t = -2.243, p = .028; M = .49, DE = .21$), en especial la ruptura de reglas ($t = 3.118, p = .003; M = .43, DE = .20$), que las mujeres ($M = .38, DE = .23; M = .27, DE = .23$), datos que van acorde con Oliveira y De Oliveira (2016) y Moral-Jiménez y Pelayo-Pérez (2016), quienes indican que los hombres realizan más comportamientos asociados con la delincuencia (figura 4-2).

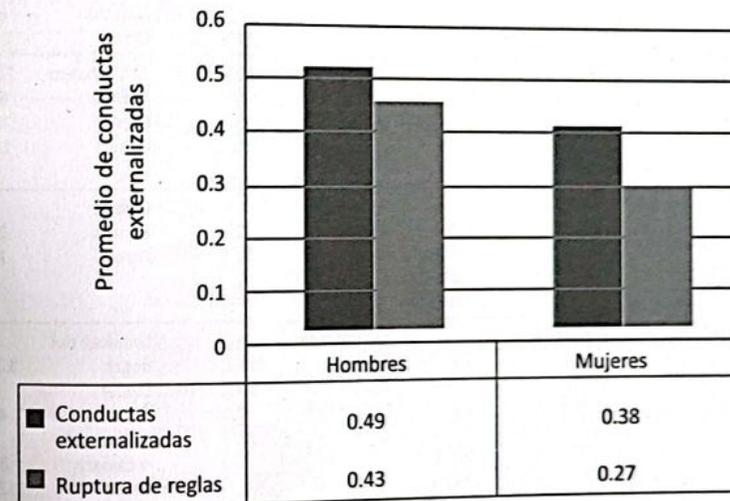


Figura 4-2. Diferencias de conductas externalizadas por sexo.

Competencias psicosociales y afrontamiento

Por otra parte se analizó la relación entre las competencias psicosociales y estilos, así como estrategias de afrontamiento. De igual manera, se trabajó con 87 adolescentes de entre 12 y 16 años, pertenecientes a una institución de asistencia social de la Ciudad de México (PAPIIT IN303714-3. DGAPA-UNAM). Se siguió el procedimiento antes descrito para obtener la autorización y consentimiento. Se aplicó la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (Frydenberg & Lewis, 2000), adaptada por Barcelata *et al.*, (2014) y el Youth Self Report -YSR- (Achenbach & Rescorla, 2001, en su versión para adolescentes mexicanos de Barcelata *et al.*, (2013)).

Los análisis descriptivos presentados en la tabla 4-2, señalan que más de la mitad de los adolescentes realizan actividades deportivas, hallazgo similar a Fernández-Daza y Fernández-Parra (2012). Casi la cuarta parte tiene como pasatiempo favorito leer y alrededor de 20% de los jóvenes pertenece a alguna organización. Más de un tercio de la muestra tiene tareas relacionadas con la limpieza de su hogar.

Tabla 4-2. Competencias psicossociales de acuerdo a la preferencia

Competencias	Primer lugar		Segundo lugar		Tercer lugar	
		%		%		%
Deportivas	Fútbol	62.1	Fútbol americano	18.4	Fútbol americano	14.9
	Natación	11.5	Natación	16.1	Baloncesto	9.2
	Baloncesto	6.9	Baloncesto	8	Natación	8
	Otros	16.1	Otros	28.8	Otros	27.7
Pasatiempos	Leer	21.8	Act. artística	11.5	Act. artística	11.5
	Actividad artística	21.8	Act. física	6.9	Act. física	5.7
	Jugar	5.7	Leer	5.7	Leer	3.4
	Otros	40.4	Otros	31.1	Otros	17.3
Organización	Club de Fútbol	18.4	Club de Fútbol	2.3	Club de escuela	2.3
	Club de natación	3.4	Otros	11.5	Otros	2.2
	Otros	25.3				
Autoeficacia	Tender la cama	37.9	Limpieza del Hogar	16.1	Limpieza del hogar	12.6
	Hacer la tarea	9.2	Lavar platos	10.3	Cuidar mascotas	4.6
	Limpieza de recámara	9.2	Lavar ropa	7.9	Limpieza de recámara	5.7
	Otros	25.4	Otros	22	Otros	12.7

En la figura 4-3 y figura 4-4 se muestra que la mayoría de los adolescentes informan contar con dos o tres amigos íntimos y consideran que se relacionan con sus hermanos(as), otros jóvenes y padres igual que los demás, lo que indica mayor presencia de las competencias sociales (Fernández-Daza & Fernández-Parra, 2012).

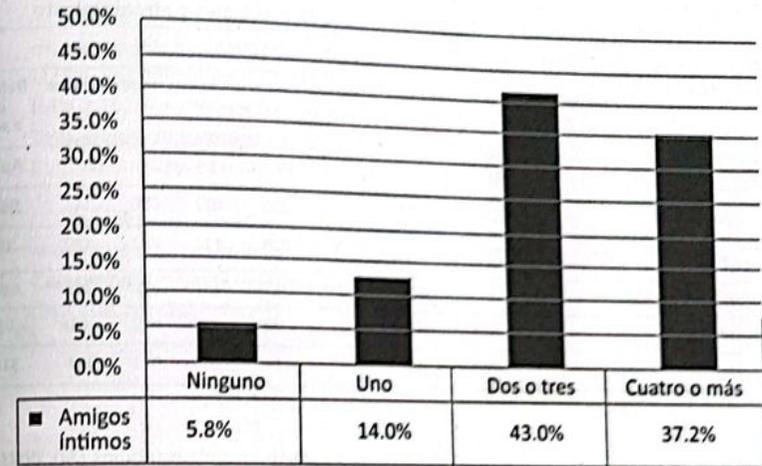


Figura 4-3. Porcentaje de competencias sociales.

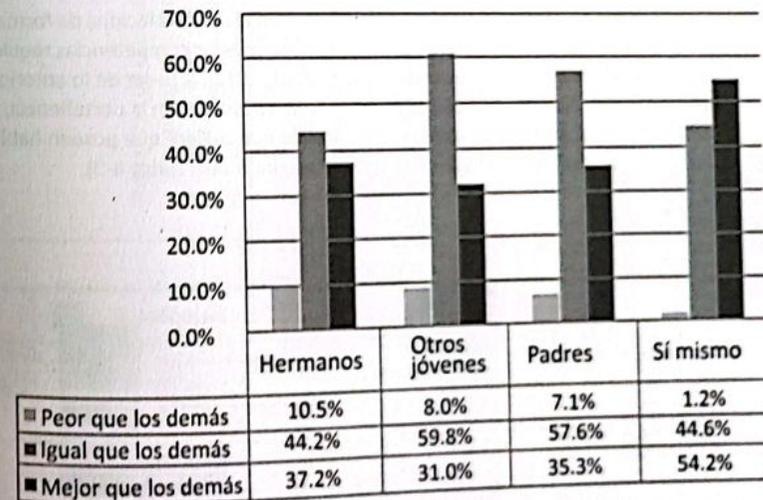


Figura 4-4. Porcentaje de competencias sociales.

Todas las competencias correlacionan con al menos una estrategia de manera positiva y moderada, en especial con las del estilo productivo de afrontamiento, éste continua siendo el estilo predominante (Echeverri, 2014).

Tabla 4-3. Correlación entre competencias psicosociales y afrontamiento

Competencias psicosociales	Afrontamiento										
	Productivo					Improductivo					Referencia a otro
	Rp	Po	Al	Fi	Dr	Pe	Es	Cu	Pr	Ap	
Deportivas	.121	-.130	.129	.231*	.231*	.072	.027	.086	.147	.068	
Pasatiempos	.299**	.137	.197	.090	.090	.079	.125	.087	.180	-.165	
Organización	.299**	.225*	.167	.382**	.382**	.217*	.261*	.272*	.288**	.089	
Autoeficacia	-.076	-.102	-.013	.035	.035	-.160	-.080	.023	-.018	-.234*	
Sociales	.034	.172	.335**	.233*	.233*	.124	-.013	.073	.144	.318**	

* p < 0.05; ** p < 0.01

Resolver el problema (Rp), fijarse en lo positivo (Po), invertir en amigos íntimos (Al), distracción física (Fi), diversiones relajantes (Dr), buscar pertenencia (Pe), esforzarse y tener éxito (Es), autoinculparse (Cu), preocuparse (Pr), buscar apoyo profesional (Ap).

No obstante, pertenecer a alguna organización o club, correlaciona de forma positiva con preocuparse y autoinculparse, quizá porque estas competencias requieren cubrir expectativas sociales (González-Arratia *et al.*, 2012). A pesar de lo anterior, se encontró que la autoeficacia correlaciona de forma positiva con la pertenencia; y de manera negativa con buscar ayuda profesional, lo que sugiere que poseen habilidades para enfrenar las dificultades y crisis de modo individual (tabla 4-3).

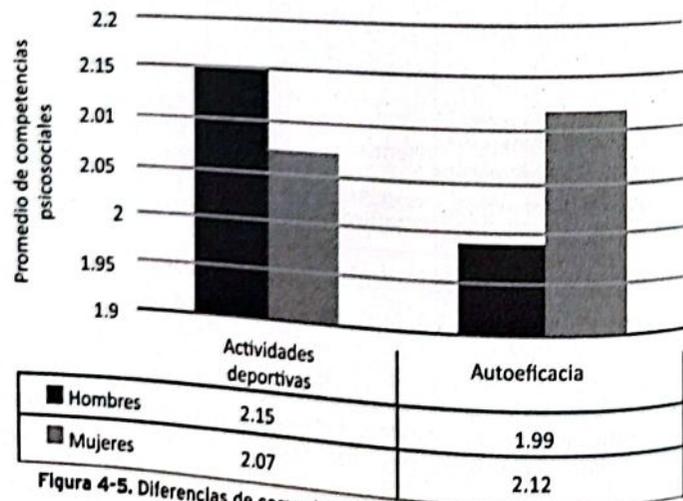


Figura 4-5. Diferencias de competencias psicosociales por sexo.

Como se observa en la figura 4-5, los resultados indican diferencias estadísticamente significativas en actividades deportivas ($t = 2.147, p = 0.35$) y autoeficacia ($t = -2.053, p = .043$). A partir de las medias, se observa mayor puntaje para los hombres ($M = 2.15, DE = .29$) que las mujeres ($M = 2.07, DE = .47$) en las competencias deportivas, datos consistentes con la literatura (Roig, 2014); para la segunda, las mujeres puntúan en mayor medida ($M = 2.12, DE = .24$) que los hombres ($M = 1.99, DE = .24$).

Por último, la figura 4-6, muestra diferencias estadísticamente significativas de la estrategia de afrontamiento, buscar ayuda profesional ($t = 2.334, p = .022$), siendo los hombres quienes muestran un puntaje mayor ($M = 2.74, p = .94$) que las mujeres ($M = 2.30, p = .74$).

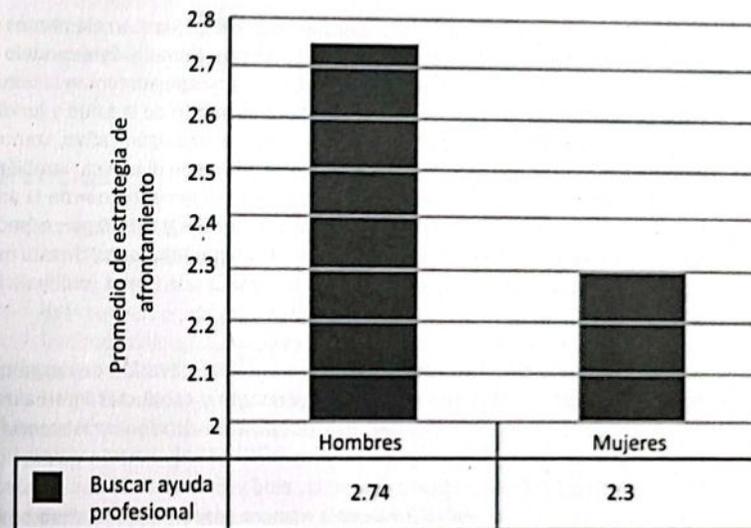


Figura 4-6. Diferencias de afrontamiento por sexo.

Los hallazgos de este estudio muestran que los adolescentes a pesar de que se encuentran en una casa de asistencia social, en general presentan un desarrollo que no se sale de la norma. Se observan además competencias deportivas sociales, y recreativas que indican que parecen tener un desarrollo "normal" a pesar de las limitaciones que puede representar el hecho de no vivir con su familia. Sin embargo, se detectan algunas diferencias de género, las cuales parecen indicar mayor riesgo para las mujeres en cuanto a las conductas internalizadas como depresión, en comparación con los hombres quienes tienden a presentar mayores problemas externalizados que tienen que ver con la ruptura de reglas. En general, las estrategias de afrontamiento tienden a ser productivas, no obstante, algunas de las estrategias no productivas se

relacionan con los sucesos del área salud, lo cual podría estar indicando ligera tendencia a presentar síntomas somáticos ante situaciones en las que las estrategias no resultan del todo efectivas.

Conclusiones

Desde mediados del siglo XX, diversas organizaciones internacionales y nacionales se han preocupado por salvaguardar la integridad de los adolescentes que ingresan a las residencias de asistencia social, han realizado múltiples esfuerzos y evolucionado sus prácticas de intervención, con el fin rescatar a los que se han enfrentado a diversas circunstancias que pueden perjudicar su vida.

La perspectiva ecológica de la resiliencia, podría respaldar con elementos empíricos tan valiosa tarea, como se mostró en el presente capítulo. Este modelo no se limita a explicar cómo diferentes tipos de factores de riesgo, aumentan la tendencia hacia comportamientos problemáticos asociados al ámbito de la salud y jurídico en jóvenes que han atravesado por alguna situación de estrés significativo, como otros enfoques lineales lo han propuesto. Al tratarse de una visión dinámica, también puntualiza la importancia de los recursos que pueden proteger al menor de la adversidad, a través del aprendizaje y desarrollo de competencias y estrategias específicas, que propicien comportamientos adaptativos socialmente aceptados, de esta manera es posible que lleguen a hacerle frente a las dificultades de forma positiva y logren incorporarse de forma satisfactoria a la sociedad.

Los resultados descritos aportan evidencia sobre la elevación de riesgo que representa el experimentar sucesos de vida estresante y conductas internalizadas y externalizadas en los adolescentes ingresados en una institución de asistencia social de la Ciudad de México. Se propone un programa de intervención que les permita superar eventos críticos personales, de la salud y controlar sus impulsos para no provocar problemas de conducta y de esta manera adaptarse de manera positiva a su entorno. Cabe mencionar que las mujeres continúan siendo más proclives hacia problemas internalizados y los hombres a los externalizados, por lo que se sugiere un tratamiento para cada sexo.

En función de los datos obtenidos, las competencias psicosociales que la institución promueve de forma efectiva favorecen el uso del estilo de afrontamiento productivo, lo que les permitirá enfrentar diversas situaciones de adversidad cuando abandonen el sistema. Contrario a lo esperado, fortalecer la estrategia de apoyo profesional, podría disminuir las probabilidades de que los jóvenes sean autosuficientes, en especial los hombres.

Considerando los distintos eventos estresantes por lo que han atravesado los menores, sería oportuno proponer que reciban atención psicológica individual desde

un enfoque sistémico, el cual permitiría trabajar de manera conjunta con los factores de riesgo y protección de los adolescentes. A su vez, una serie de talleres sobre el estilo productivo de afrontamiento, pudiera proveerles a los jóvenes estrategias, por ejemplo, para resolver un problema, en la sesión quizá primero definan el problema, a continuación propondrían varias alternativas de solución a determinada interrogante, las cuales valorarían y por último ejecutarían un plan de acción.

Se sugiere que se realicen más investigaciones para corroborar lo antes mencionado y se tomen en cuenta mayor número participantes, para que sea posible generalizar los resultados en una mayor población y sirva para realizar una intervención efectiva con los adolescentes, ya que éstos representan el futuro de un país y a pesar de los esfuerzos por generar conciencia de la importancia que tienen las instituciones de asistencia social sobre la vida, niños y adolescentes que por diversas razones no viven en familia. En México y en general en América Latina todavía existe un rezago respecto en términos de políticas públicas y de programas integrales de acogimiento asistencial desde una perspectiva sistémica.

Referencias

- Abrams, P. (1977). Community care: some research problems and priorities. *Policy and Politics*, 6(2):125-151.
- Barbosa, A., Segura, A., Garzón, D., & Parra, C. (2014). Significado de la experiencia del consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de adolescentes institucionalizados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1):53-69.
- Barcelata, B. (2013). *Cédula sociodemográfica del adolescente y su familia*. PAPIIT IN303714. México: FES Zaragoza. UNAM.
- Barcelata, B. (2015). *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia*. México: Manual Moderno.
- Barcelata, B., Armenta, J., & Luna, Q. (Octubre, 2013). Estudio de la validez del Youth Self Report en adolescentes de la Ciudad de México. En M. E. Marquez Caraveo (Coord.). *Salud mental, adolescencia, psicopatología y contexto*. Simposio. Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Guadalajara, México.
- Barcelata, B., Coppari, N., & Marquez-Caraveo, M. (2014). Gender and age effects in coping: A comparison between Mexican and Paraguayan adolescents. In K. Kaniasty, K. Moore, S. Howard & P. Buchwald (Eds.). *Stress and Anxiety. Application to Social and Environmental Threats, Psychological Well-Being, Occupational Challenges, and Developmental Psychology* (pp. 249-260). Berlin, Germany: Logos-Verlag.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4):320-335.
- Bos, K., Zeanah, C., Fox, N., Drury, S., McLaughlin, K., & Nelson, C. (2011). Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1):15-24.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cámara de Diputados (2017). *Ley general de salud*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf
- Casullo, M., & Fernández, L. (2001). Estrategias de afrontamiento en estudiantes adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 6(1):25-49.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11:31-55.
- Crowther, M. (1992). The workhouse. *Proceedings of the British Academy*, 78, 183-194.
- Daatland, S. (1992). Ideals lost? Current trends in scandinavian welfare policies on ageing. *Journal of European Social Policy*, 2(1):22-47.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 5(2):281-298.
- Dávalos, M. (2013). La responsabilidad limitada en la asociación civil. *Revista de Derecho Privado*, (3):45-84.
- Diario Oficial de la Federación (2014). *Programa nacional de asistencia social 2014-2018*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343103&fecha=30/04/2014
- Echeverri, M. (2014). Estrategias y estilos de afrontamiento predominantes en 13 adolescentes entre 14 y 17 años en proceso de rehabilitación institucionalizados en la Fundación Faro Sede San Rafael. Memorias del Séptimo Encuentro Interinstitucional de Semilleros de Investigación- EAM.
- Fernández-Daza, M., & Fernández-Parra, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3):797-810.
- Fernández-Molina, M., Del Valle, J., Fuentes, M., Bernedo, I., & Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1):1-6.
- Fernández, J., Hamido, A., & Ortiz, M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(18):715-728.
- Fletes, R. (2004). Asistencia social: alcances y limitaciones. *Estudios Jaliscienses. Niños de la Calle*, 51-64.
- Frank, J., Bose, B., & Schrobrenhauser-Clonan, A. (2014). Effectiveness of a school-based yoga program on adolescent mental health, stress coping strategies, and attitudes toward violence: Findings from a high-risk sample. *Journal of Applied School Psychology*, 30:29-49
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping. Advances in theory, research and practice*. New York: Routledge.
- Gonzalez-Arratia, N., Valdez, J., Oudhof, H., & Gonzalez, S. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *Psicología y Salud*, 22(1):49-62.
- Handwerk, M., Clopton, K., Huefner, J., Smith, G., Hoff, K., & Lucas, C. (2006).

- Gender differences in adolescents in residential treatment. *American Journal Orthopsychiatry*, 76(3):312-324.
- Huerta, M. (2006). La asistencia social en México. *Revista Multidisciplinaria del CEDEGS. Letras Jurídicas*, 14:1-14.
- Hurtado, J. (2001). Las magistraturas locales en las ciudades romanas del área septentrional del convertus carthaginensis. *LVCENTVM XIX-XX, 2000-2001*, 5-12.
- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2):88-93
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). *Censo de alojamientos de asistencia social*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/encotras/caas/2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). *Encuesta intercensal 2015*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>
- Izco, E. (2007). *Los adolescentes en la planificación de medios: segmentación y conocimiento del target*. Tesis doctoral no publicada. España: Universidad de Navarra.
- Jackson, S., & Martin, P. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21(5):569-583.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12:597-605.
- Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (2015). *Informe Anual de Actividades de la IAP*. Recuperado de http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=113
- Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal (2016). *¿Qué son las IAP?*. Recuperado de http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id
- Kay, C., & Green, J. (2016). Social cognitive deficits and biases in maltreated adolescents in UK out-of-home care: Relation to disinhibited attachment disorder and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 28(1):73-83.
- Knijn, T., & Kremer, M. (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship. *Social Politics*, 4(3):328-361.
- Lucio, E., & Durán, C. (2003). *Cuestionario sucesos de vida para adolescentes*. México: El Manual Moderno.
- Luna, M., Fridman, D., Sánchez, M., Pesenti, M., & Salgado, V. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: RELAF-UNICEF
- Matos, M., Simões, C., Figueira, I., & Calado, P. (2012). Dez anos de escolhas em Portugal: quatro gerações, uma oportunidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2):191-208.
- McWey, L., Ciu, M., & Pazdera, A. (2010). Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, 72(5):1128-1140.
- Mesina, M. (2016). Intervention with protected minors. Relevant guidelines in the Mexican republic. In C. Nieto (Coord.). *Intervention with Minors in Different*

- Countries (pp. 53- 57). Madrid: Dykinson E-Book.
- Miller, L., Chan, W., Tirella, L., & Perrin, E. (2009). Outcomes of children adopted from Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33(4):289-298.
- Moral-Jiménez, M., & Pelayo-Pérez, L. (2016). Factores sociodemográficos y familiares en menores de España con medida judicial, cívicos e infractores. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2):1217-1233.
- Nelson, R. (2001). *Economics as religion from Samuelson to Chicago and beyond*. United States of America: Pennsylvania State University Press.
- Oliveira, A., & De Oliveira, N. (2016). Psychological indicators and perceptions of adolescents in residential care. *Paideia*, 26(63):81-89.
- Organización de las Naciones Unidas (2017). *Historia de las naciones unidas*. Recuperado de <http://www.un.org/es/aboutun/history/>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Poletto, M., Koller, S., & Dell'Aglio, D. (2009). Eventos estresores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):455- 466.
- Poterla, A., França, L., & Goldim, J. (2015). Adolescência vulnerável: Factores biopsicosociales relacionados al uso de drogas. *Revista Bioética*, 23(2):316-324.
- Rivera, B., & Guerrero, R. (2006). *Desarrollo Integral del Adolescente I*. México: DIF.
- Rodríguez, G. (2016). Situación de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en México. *Entretextos*, 8(22):2-14.
- Roig, E. (2014). *Estrés reactivo y afrontamiento en adolescentes institucionalizados ex consumidores de sustancias psicoactivas en Lima* (Tesis de Licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22(9):685-703.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31:205-209.
- Sánchez, L. (2015). *Adaptación de adolescentes institucionalizados del albergue Villa Juvenil, del Sistema para el desarrollo integral de la familia del Estado de México* Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Sánchez, Y. (2013). Self-perception, self-esteem and life satisfaction in adopted and non-adopted children and adolescents. *Journal for the Study of Education and Development*, 38(1):144-145.
- Secretaría de Gobernación (2014). *Asociación Civil*. Recuperado de http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/en/Organizaciones_Sociales/Asociacion_Civil
- Silva, C., Lemos, I., & Nunes, C. (2013). Acontecimentos de vida stressantes, psicopatologia e resiliência em adolescentes institucionalizados e não- institucionalizados. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2):348-355.

- Sipilä, J., Anttonen, A., & Baldock, J. (2003). The importance of social care. In A. Anttonen, J. Baldock and J. Sipilä (Eds). *The Young, the Old and the State* (pp.1-7). Great Britain: MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall.
- Siqueira, A., & Dell'Aglio, D. (2007). Da instituição ao convívio familiar: Estudo de caso de uma adolescente. In C. Hurtz (Eds.). *Prevenção e intervenção em situações de risco e vulnerabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Siqueira, A., & Dell'Aglio, D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: Uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, 18(1):71-80.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2017). *Campus virtual del sistema nacional DIF*. Recuperado de <https://www.gob.mx/difnacional/acciones-y-programas/campus-virtual-dif>
- Tinker, A. (2014). *Older people in modern society*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- United Nations International Children's Emergency Fund (2011). *Desarrollo adolescente y derechos humanos*. Recuperado de https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Desarrollo_Adolescente_y_DDHH_F.pdf

Discapacidad y problemas emocionales en la adolescencia: cuidado informal y afrontamiento parental

*Miguel Angel Balbuena Olvera
Blanca Estela Barcelata Eguiarte
Daniel Hernández López*

La familia es un grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo, tiende a la autoconservación, pero al mismo tiempo a la evolución. Entre algunas de sus funciones sustantivas están proporcionar contención, proveer de las experiencias proximales de socialización, transmitir creencias y valores a sus miembros de acuerdo a una cultura determinada. La crianza de los hijos y la trasmisión de patrones comunicacionales que la hacen supervivir a través del tiempo son otras de las tareas de la familia (Minuchin & Fishman, 2004). Esto implica que la familia cambie de forma constante en consonancia con su contexto social y las demandas de un mundo globalizado (Barcelata, 2011).

Una familia con hijos adolescentes requiere adaptarse a las nuevas circunstancias de esta nueva etapa, en especial al surgimiento de la autonomía que puede generar conflicto con los valores y reglas impuestas por los padres (Eguiluz, 2003). Es así como la familia es un escenario de preparación donde se aprende a afrontar retos, así como a asumir responsabilidades y compromisos que prepara adultos hacia una dimensión productiva; también se ve como una red de apoyo social para las diversas transiciones (Rodrigo & Palacios, 2014).

Desde el punto de vista sistémico, la familia, tiene su propio ciclo vital, el cual transcurre por diversas etapas, una de las cuales es la adolescencia. De manera similar a los individuos, las familias en cada etapa tienen sus propias tareas del desarrollo; durante las etapas de los hijos pequeños y la adolescencia (Haley, 1989), las funciones de los padres se centran en la crianza de los hijos (McGoldrick & Carter, 2001). Asimismo, a lo largo de su ciclo vital, la familia va pasando por transiciones entre etapas, matizadas en general por acontecimientos normativos, que como se mencionó son los eventos relacionados con dichas etapas y por lo tanto esperados. No obstante, pueden presentarse eventos no esperados o no normativos que significan un mayor esfuerzo de adaptación a todo el sistema familiar.

Una familia con hijos adolescentes requiere adaptarse en general a eventos normativos representados por las exigencias propias de la adolescencia cuya tarea principal del desarrollo a nivel individual es la búsqueda de la identidad y a nivel familiar apoyar el proceso de individuación y autonomía de los hijos, a través de estilos parentales y prácticas de crianza específicas. Esto puede llevar al surgimiento de interacciones ambivalentes de dependencia-independencia en el núcleo familiar lo cual puede representar fuente de estrés no sólo para los adolescentes, sino también para los padres. Ejemplo de lo anterior puede ser la disparidad entre los valores y reglas impuestas por los padres y las propias del adolescente, las limitaciones para poner reglas y límites a un adolescente que quiere ser independiente, puede ser difícil de sobrellevar para algunos padres (Patterson, 2002). El cuestionamiento de las normas del funcionamiento familiar, con frecuencia es interpretado por los padres como rebeldía; también las alteraciones en el estado de ánimo, además de las conductas de riesgo exhibidas por algunos adolescentes por su necesidad de experimentar nuevas sensaciones (Barcelata & Mendez, 2015), hace que puedan surgir problemas como consumo de sustancias, conducción temeraria y conducta sexual de riesgo (Musitu, 2002) las cuales son fuente de estrés para los padres.

Como se mencionó, la adolescencia es quizás una de las etapas de mayor vulnerabilidad en el ciclo vital del ser humano, ya que los diversos cambios pueden o no dar lugar a tensiones en algunos jóvenes y sus familias (Barcelata, 2015); esto implica un periodo en el que los adolescentes pueden estar expuestos a situaciones extraordinarias (Villarruel, 2009). Hay acontecimientos en la vida de los adolescentes que generan estrés, aun si se trata de eventos normativos, por ejemplo, cambios corporales, establecimiento de nuevos amigos, cambios en las relaciones familiares, procesos cognitivos, emocionales y sociales que implican pautas de ajuste al mundo adulto. Algunas de las tensiones tienen un carácter de tipo normativo, y las que con mayor incidencia reportan los padres con hijos adolescentes, se encuentran en ámbitos como el intrafamiliar, económico y el laboral; éstas pueden provocar cambios en el sistema familiar durante esta etapa del ciclo vital (Frydenberg, Eacott, & Clark, 2008; Ruano & Serra, 2001). Es importante remarcar que estas tensiones pueden incrementarse cuando la familia tiene que enfrentar situaciones adversas o no normativas, tales como algún problema de salud física o emocional en alguno de los hijos

(Alcíbar-Sánchez & Amador-Velázquez, 2014; Balbuena, 2017; Barcelata, 2007, 2008; Pérez, Lorence, & Menéndez, 2010), que además se puede potenciar si se adiciona algún otro tipo de situación adversa (Rutter, 2002) como pérdida del empleo, muerte o abandono de alguno de los padres, eventos que rompan con el equilibrio familiar (Minuchin & Fishman, 2004). Esto representa un reto, en especial para los padres de familia para quienes la crianza y cuidado de los hijos durante la adolescencia es de por sí un elemento de constante preocupación.

Por ello es importante que no sólo los adolescentes, sino también los padres cuenten con herramientas que les permitan lidiar tanto con las situaciones normativas como no normativas del ciclo vital como base del sistema familiar (Barcelata & Lucio, 2012); reduciendo los problemas "menores" como la rebeldía, manejo de la autoridad, hasta problemas "mayores" como alcoholismo y drogadicción, depresión o trastornos alimenticios, entre otros (González, Valdez, & Zavala, 2008). A su vez, hay factores como la alienación de la familia, abuso parental, presiones económicas y limitantes laborales, que pueden incrementar los problemas y dificultades. Dichas situaciones son, en gran medida, factores que causan estrés, no sólo a los adolescentes, sino a todo el sistema familiar. En este sentido, la adolescencia tiene que estudiarse de manera sistémica como lo hace el modelo ecológico-transaccional, lo cual implica poner atención a los procesos familiares y en particular a aquellos que tienen que ver con los padres como la parentalidad (Barudy, 2005), cómo crían a sus hijos y cómo afrontan sus problemas.

Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), (WHO, 2014 por sus siglas en inglés), enfatiza que los adolescentes y las familias se han convertido en grupos prioritarios de salud mental. Los adolescentes que no cuentan con una salud plena, cuando se conviertan en adultos, podrían generar un gran costo social y económico, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), por lo que su abordaje integral es muy importante, de tal forma que las intervenciones con niños y adolescentes tendrían que incluir por lo menos a la familia como lo ha propuesto de forma reiterada la OMS (2012; 2014; 2016).

Adolescentes: condiciones de salud que requieren de cuidado especial

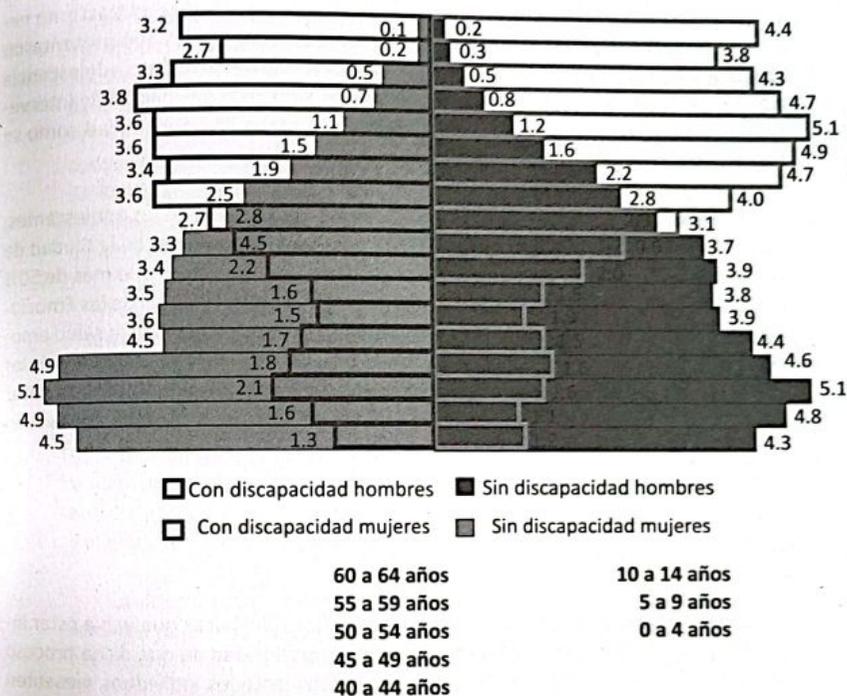
Para el año 2014 se informó la existencia de casi 7 500 millones de personas a nivel mundial, de los cuales 1 800 millones son jóvenes entre 10 y 24 años (Das *et al.*, 2014). La OMS (2014) informa que alrededor de uno de cada seis habitantes del mundo es adolescente, es decir, 1.2 millones de personas tienen entre 10 y 19 años. Hoy en día, México es de los países en los cuales el porcentaje de personas entre 10 y 24 años oscila entre 20 y 29% (Das *et al.*, 2014).

Por su parte, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), estima que la población mexicana asciende a 119 millones 713 mil 203 habitantes de los cuales 18.2% está integrada por adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. En conjunto, los jóvenes y adolescentes representan cerca de la quinta parte de la población total del país. A lo largo de este decenio, se calcula que habrá una disminución en la cantidad de jóvenes y adolescentes que componen la población total. A pesar de ello, es importante prestar atención a ese rubro de la población, no sólo por la cantidad numérica que hoy en día representa, sino por el desafío que significa para la sociedad.

Los adolescentes están inmersos en procesos como la violencia, pobreza, humillación y sentimiento de desvalorización, la alienación de la familia, abuso parental, pobreza, oportunidades laborales limitadas y a veces de explotación, son algunos de los desafíos que tienen que enfrentar los adolescentes y las familias en la actualidad, aumentando con ello el riesgo de padecer algún trastorno en el desarrollo o problema de salud mental (OMS, 2014).

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), las personas con discapacidad son las que presentan una o varias deficiencias en los ámbitos sensorial, mental, físico o intelectual; las cuales se dividen en diferentes limitaciones, como las vinculadas a caminar, moverse, ver, problemas de tipo mental como retraso, alteraciones de la conducta o del comportamiento, escuchar, hablar o comunicarse, atención, aprendizaje y el autocuidado. Al interactuar en diversos ambientes del entorno social y familiar, estas limitaciones pueden impedir o limitar su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás personas.

Estructura de la población, por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad 2014 (en porcentaje)



Fuente: INEGI Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014. Base de datos

Figura 5-1. Pirámide poblacional y distribución de la discapacidad en México.

De acuerdo a cifras del INEGI (2015), se estima que en México aproximadamente 6.6% de la población total presenta algún tipo de discapacidad, donde la mayor parte son adultos mayores de 60 años (51.4%), seguido de adultos de entre 30 y 59 años (33.7%), jóvenes de 15 a 29 años (7.6%) y niños de 0 a 14 años (7.3%). El 7% de la población con discapacidad son adolescentes de 10 a 19 años.

En cuanto a salud mental se refiere, la Federación Mundial de la Salud Mental (*World Federation Mental Health*, WFMF, 2011) muestra que cerca de 20% de los adolescentes presentan un trastorno mental discapacitante. Los datos presentados por la Encuesta Metropolitana de Salud Mental en adolescentes mexicanos (Benjet et al., 2009), indican que alrededor de 50% de los adolescentes presentaron algún trastorno mental alguna vez en la vida. La ansiedad fue la que mostró la mayor prevalencia (41%), seguida por los trastornos de control de impulsos (20%),

los trastornos afectivos en tercer lugar (11%), y en cuarto lugar, los trastornos por consumo de sustancias (5%). En el grupo de las mujeres la depresión mayor, trastorno negativista desafiante, agorafobia sin pánico y ansiedad por separación se encontraron como los trastornos más prevalentes. En los varones, el trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial son los que presentaron mayor incidencia, después de las fobias. La importancia de estudiar la adolescencia no se centra sólo en los datos antes presentados, sino en la posibilidad de intervenir de manera temprana dado que representa una etapa de oportunidad como se ha venido reiterando.

En este sentido, existen algunas iniciativas para la atención de los adolescentes; por ejemplo, con base en una encuesta del Instituto de la Juventud de la Ciudad de México (2015) aplicada a 1 675 jóvenes, cuyos resultados indicaron que más de 50% presentaron infelicidad e inestabilidad emocional, se creó el Hospital de las Emociones, en el cual se ofrece orientación profesional y ética para fortalecer la salud emocional; no obstante, los servicios de salud mental siguen siendo limitados. Además los servicios que se presentan por lo general están orientados sólo a los jóvenes a pesar de la importancia del apoyo de los padres y de la familia en general para su desarrollo (González, Valdez, & Zavala, 2008).

Los padres como cuidadores informales

Cada ser humano nace con ciertas características biológicas que van a estar involucradas en su desarrollo, sin embargo, existe la posibilidad de que dicho proceso no ocurra de una manera óptima, y que por consiguiente los individuos presenten algunos impedimentos, como puede ser una discapacidad motora o cognitiva, ya sea que se presente desde el nacimiento, de manera sorpresiva o que evolucione de forma gradual. Sin duda cuando se trata de un niño o adolescente, cualquier alteración discapacitante en el desarrollo, ya sea física o mental se convierte en un evento no normativo que tanto padres como los hijos tienen que enfrentar (Barcelata, 2008; Federación Mundial de la Salud Mental, 2007). En general los padres son los responsables de forma directa de los hijos o de los cuidados especiales que necesitan cuando presentan algún tipo de alteración física o emocional por lo que se les denomina cuidadores primarios o informales.

El cuidador informal es la persona responsable de forma directa del cuidado y atención en casa del paciente dependiente o con discapacidad, que sin embargo pertenece al equipo de salud institucional (Ramos, 2008). Atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de los niños y adolescentes tanto en situaciones ordinarias como extraordinarias que ameritan un cuidado especial, como es el caso de la discapacidad o el trastorno mental (Barcelata, 2008).

En el caso de las alteraciones físicas, que conllevan discapacidad con algún cuidado especial, los padres en general son los responsables de afrontar dicha situación de la manera más saludable; por ejemplo, impulsando a que su hijo alcance el máximo potencial en las áreas que se mantienen conservadas y así pueda tener un funcionamiento positivo conforme a su condición. La participación de la familia es importante para reforzar las competencias que son necesarias para una adecuada inserción académica y social del adolescente con discapacidad; en estos casos, es más un asunto familiar que una cuestión individual, por lo que los padres tienen que estar bien para apoyar el desarrollo de sus hijos. La forma de lidiar con la discapacidad dependerá de las características del sistema familiar en general y de los padres en particular, los cuales podrán hacer uso de diferentes estrategias para afrontar la situación de manera productiva o no productiva (Cedeño & Correa, 2014).

Los padres de los niños con discapacidad encuentran numerosas y diversas demandas en el cuidado y crianza de su hijo. La discapacidad conlleva una condición crónica en general estresante para todos los miembros del sistema familiar, en especial para el que se convierte en cuidador principal o primario, aunque todo el sistema familiar se encuentre involucrado, lo cual requiere de diversos ajustes para hacer frente a la situación (Alcibar-Sánchez & Amador-Velázquez, 2014). Los factores de riesgo para la adaptación incluyen la gravedad de la discapacidad y el estatus psicológico del niño, entretanto los factores protectores corresponden con los patrones de afrontamiento y el ambiente familiar (Chávez & Acle, 2016; Hentinen & Kyngäs, 1998).

La discapacidad en la adolescencia, representa un desafío para el propio adolescente para sus padres y su familia y por supuesto para el equipo de salud (Suris, Michaud & Viner, 2004), aunque para los primeros por lo general genera altos niveles de estrés. No obstante, el grado en que experimentan estrés depende de la evaluación que hagan de la situación y los recursos que puedan tener frente a ella (Crespo, López, & Zarit, 2005). Esto sugiere que la discapacidad se vive desde diferentes perspectivas, de acuerdo al contexto y cómo la experimentan tanto los hijos como los padres. Algunos padres reaccionan no muy favorable frente a la noticia que su hijo tiene características físicas, psicológicas, emocionales, diferentes a las de otros niños. Otros tratan de sobreponerse a esta situación de acuerdo a sus propios recursos, con la finalidad de llegar o encontrar equilibrio, como parte del funcionamiento familiar (Alcibar-Sánchez & Amador-Velázquez, 2014; Barcelata & Martínez, 1995).

Guevara y González (2012) mencionan que la dinámica familiar puede verse perturbada cuando la familia tiene un hijo en situación discapacitante, y debe tomarse en cuenta factores como el nivel cultural y económico, así como la gravedad de la discapacidad, y presencia o no de otros hijos. El contexto y clima familiar, así como los integrantes de la misma y los vínculos y relaciones que existen entre ellos, se ven afectados por esta problemática, lo que requiere que todos los miembros intenten adaptarse a la nueva situación.

El sistema familiar requiere tener capacidad de adaptación a los cambios, la cual se ve afectada si existe rigidez, por ello es importante la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, así como sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros (Díaz & Sevillano, 2016).

Se necesita tomar en cuenta que la familia con un hijo con discapacidad requiere llevar a cabo funciones equiparables a las de otras familias, labores orientadas a satisfacer las necesidades colectivas e individuales de sus integrantes. Algunas de las funciones requeridas son la económica, cuidado físico, descanso y recuperación, socialización, autodefinición, afectividad, orientación, educación y vocacional (Sarto, 2011).

El contexto familiar es de gran importancia, ya que constituye el entorno más influyente en el desarrollo del niño con discapacidad y de todos los integrantes de la familia. Una parte esencial para la formación de cualquier individuo y de sus actitudes son las relaciones intrafamiliares, pues influyen en las relaciones sociales. Cuando la familia (en especial las madres) cuentan con apoyo que perciben como útil, presentan menores niveles de estrés (Guevara & González, 2012).

Por otra parte, la discapacidad moviliza algunos factores en por lo menos tres dimensiones: psicológica, familiar y social. En el área psicológica, emergen una amplia gama de emociones, algunas contradictorias, lo cual genera que en ocasiones se necesite la ayuda profesional para un adecuado manejo de la situación (Lizasoáin, 2009; Núñez, 2003). También se movilizan recursos individuales tanto en los adolescentes como en los padres, en términos de búsqueda de apoyo social, de solución de problemas, entre otros (Amarís, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013). El sistema familiar se mueve, creándose nuevas interacciones y tipo de relaciones entre los miembros de la familia. Los vínculos sufren modificaciones; cambia el sistema parental y el sistema fraterno (cuando hay hermanos), lo cual en general implica tareas y responsabilidades que tienden a ser diferentes a las de otras familias. Las redes sociales se modifican, ya sea ampliándose o reduciéndose, lo cual también va a depender mucho de la forma en que la familia se relaciona con los sistemas extrafamiliares (Barcelata & Martínez, 1995). Algunos estudios (Chávez & Acle, 2016), muestran la importancia de las redes de apoyo de los grupos de padres o de la familia extensa, para el desarrollo de las competencias en padres con niños y/o adolescentes con discapacidad.

Según Núñez (2003) las relaciones que suelen establecerse entre padres cuidadores y el hijo con algún tipo de necesidad especial o discapacidad pueden ser:

- **Padres deudores-hijo acreedor:** el padre se siente en deuda con su hijo que tiene discapacidad. Existen sentimientos de culpa por no poseer una solución ante el problema por lo que tratan de "pagarle" al niño con excesivos cuidados, o brindando cosas materiales, donde el niño se convierte en alguien insatisfecho de manera permanente, generando dependencia hacia los padres.

- **Hijo deudor-padres acreedores:** el niño suele sentir de forma constante que defraudó a sus padres, la mayoría de las veces se siente desilusionado ante alguno de sus logros, mientras que los padres se relacionan con él de una manera exigente y controladora.
- **Paterno-filial:** los padres mandan el mensaje de impotencia, desesperanza y rendición, por lo que al hijo no se le pide nada, ya que nada se espera de él.
- **Padres-hijos con diferencias remarcadas:** se hace mayor énfasis entre sanos y enfermos creando un distanciamiento entre hermanos, haciendo sentir al hijo con discapacidad un fracasado.
- **Vinculación con el hijo sólo de la parte dañada:** los padres se quedan con el diagnóstico de que su hijo está o es discapacitado, lo que implica una etiqueta de por vida, lo que lleva a que éstos asuman el papel de reeducadores.

Por otro lado, uno de los problemas que afecta a muchos padres son los problemas emocionales y de conducta de sus hijos adolescentes los cuales con frecuencia son objeto de atención psicológica, aunque son pocos los adolescentes que acuden a los servicios de salud mental (Borges *et al.*, 2009). La mayoría de los adolescentes que asisten a un servicio de salud mental, lo hacen en general enviados por las autoridades de la escuela o porque las familias, en especial los padres, solicitan el apoyo profesional, y muchas veces muestran desesperación y en ocasiones frustración al no saber cómo educar a sus hijos (Chuey, 2014) o cómo enfrentar los problemas de sus hijos.

Es importante señalar que el ser padre de familia no implica tener un repertorio completo de habilidades para dar solución a las demandas del medio (Barcelata, 2007), sin embargo, representan la base o la unidad central de toda la familia (Rodrigo & Palacios, 2014), si los padres no están bien, en general, todo el sistema familiar se ve impactado los hijos pequeños y adolescentes, es por ello que también los padres en su calidad de cuidadores primarios igual necesitan apoyo. En suma, las alteraciones en el desarrollo de los adolescentes, ya sean físicas o emocionales en general son fuentes de estrés significativo en los padres, por lo que junto con sus hijos representan grupos vulnerables o en riesgo los cuales requieren de una especial atención desde el punto de vista de salud.

¿Quién cuida a los padres?

En el caso de una discapacidad grave, como se mencionó, la dinámica familiar suele modificarse de forma significativa, pues gran parte de la atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del hijo con alguna limitación. Asimismo, los padres de familia, en general, se estresan por las situaciones laborales, el número de hijos, la percepción de dificultades, así como los factores económicos, lo cual se incrementa ante la discapacidad y los trastornos emocionales de los hijos (Barcelata, 2007;

Pérez, Lorence, & Menéndez, 2010). Muchas parejas se separan porque algunos de los padres no puede con la carga, evadiendo la situación y abandonando el sistema familiar. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea la madre la que permanezca en el hogar convirtiéndose en el apoyo principal de algún hijo con alguna alteración física o mental discapacitante (Alvarado & González, 2006). Cuando el cuidado informal descansa en uno de los padres puede representar una carga mayor, ser percibido de manera negativa y generar altos niveles de estrés.

El estrés es el producto de un proceso interactivo entre la persona y el medio ambiente que involucra la evaluación o valoración subjetiva de las demandas de éste con respecto a la percepción de los recursos con los que cada persona cuenta, esto implica valoraciones amenazantes o retadoras (Lazarus & Folkman, 1991). Diversos estudios y trabajos han retomado dicha definición y abordaje sobre el estrés, entre ellos Barcelata (2007) señala que dependiendo del grado de intensidad, duración, o ambos puede provocar un desequilibrio y la aparición algunas alteraciones psicológicas, psicofisiológicas, o ambas.

Existen diversas clasificaciones sobre los eventos estresantes, como se mencionó. Lazarus y Folkman (1991), se refieren a los eventos normativos como demandas previstas que dan la posibilidad para que los individuos se preparen para enfrentarlo. Ejemplo de ello son el matrimonio o el nacimiento de un hijo, mientras que los eventos no normativos, representan situaciones ante las cuales las personas no tienen la posibilidad de prepararse, y por lo general generan altos grados de estrés, tal es el caso de la discapacidad.

La presencia de constante estrés genera lo que se ha denominado síndrome del cuidador primario, relacionado con la sobrecarga física y emocional que tienen el riesgo de padecer quienes ocupan este importante papel, aunque desgastante y los padres no son la excepción. Muchos padres, en especial madres, no reciben apoyo de ninguna otra persona en las funciones que realiza, ni siquiera de familiares cercanos. En algunas ocasiones, los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración, a veces, convencidos de que como ellos nadie más cuidará de la persona que requiere esta atención (Barron & Alvarado, 2009). Buena parte de los cuidadores familiares posponen sus propias necesidades o las perciben profundamente ligadas al miembro que cuidan, en este caso al niño o adolescente.

La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde los cuidadores primarios pueden presentar trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor

parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento (Barrón & Alvarado, 2009; Zambrano & Ceballos, 2007).

Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos de los padres y repercutir en su salud física y su estado de ánimo. Varias esferas de la vida familiar se ven afectadas, y por ello las expectativas de la familia y el entorno social del enfermo son: el sentirse bien, recobrar los roles en la familia y en el entorno social, preservar o recobrar una relación aceptable con la pareja, asegurar la posición laboral o adaptarla a los cambios producidos por la enfermedad, asegurar los recursos financieros familiares y sociales, así como mantener las relaciones sociales con las amistades y conocidos del entorno.

En México son relativamente escasos los estudios que han profundizado en las necesidades que tienen los padres como cuidadores principales de los hijos con alguna discapacidad o problema de salud mental (Balbuena, 2017; Buitrago-Echeverri, Ortiz-Rodríguez, & Eslava-Albarracín, 2010); a pesar de la importancia de mantener la salud emocional de los padres para que puedan continuar siendo el sostén del sistema familiar y llevar a cabo sus funciones de cuidador principal del hijo con alguna alteración física o emocional del desarrollo (Barcelata, 2008). Asimismo, existen pocos trabajos que informan las fuentes de estrés de los padres con hijos que reciben atención psicológica, a pesar de la importancia para la prevención y promoción de salud familiar incluida la de los padres (Hernández, 2017).

Barcelata y Hernández (2015) señalan que la familia puede ser una fuente de estrés, pero también es el entorno donde el individuo puede encontrar recursos para dar solución a sus problemas mediante apoyo social y el desarrollo de algunos repertorios de afrontamiento. Ante ello la importancia del estudio de las familias, sobre todo con los padres que tienen que hacer frente a necesidades tanto cotidianas como especiales de sus hijos (Barcelata & Lucio, 2012).

Los procesos de ajuste tanto de los adolescentes como de los padres se ven influenciados por procesos como el afrontamiento, el cual puede tener un rol moderador, regulando y amortiguando el estrés aun en situaciones adversas y de riesgo como la discapacidad y los trastornos psicológicos de los hijos. El afrontamiento está regulado por las experiencias de padres e hijos permitiendo un mejor ajuste o adaptación a situaciones normativas y no normativas (Wadsworth & Berger, 2006), por ello es importante conocer de qué manera afrontan los padres de familia con adolescentes con alguna necesidad especial como la discapacidad o algún problema emocional o de conducta que requieren atención psicológica.

Afrontamiento: un recurso ante la adversidad y el riesgo

El afrontamiento es un proceso complejo y multidimensional, influenciado por las demandas y los recursos, las situaciones específicas, así como las disposiciones de personalidad, a través del cual se movilizan recursos de tipo cognitivo, emocionales y conductuales ante situaciones que son percibidas como una amenaza o como un problema (Holahan, Moos, & Schaefer, 1996). De acuerdo a Lazarus y Folkman (1991), dicho proceso implica una evaluación cognitiva primaria, secundaria y una reevaluación. La primaria se refiere a un tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro diferentes evaluaciones: amenaza, daño o pérdida, desafío y beneficio. La evaluación secundaria es la consideración o valoración subjetiva de los propios recursos para hacer frente a la situación. Por último, la reevaluación permite hacer correcciones con respecto a las valoraciones que ya se realizaron antes.

Diversos estudios han retomado dicha definición y abordaje sobre el estrés, entre ellos, Barcelata (2007) señala que dependiendo del grado de intensidad, duración, o ambos puede provocar un desequilibrio que a su vez puede influenciar en la aparición de algunas enfermedades orgánicas psicológicas, psicofisiológicas, o ambas esto representa un riesgo en la salud de las personas que experimentan dicho estrés de una manera desbordante. Son diversas las situaciones que generan estrés en las personas, sin embargo, no todos los eventos van a tener el mismo significado para todas las personas. Una misma situación puede evaluarse de manera negativa por una persona y no por otra, lo que importa no es lo que sucede, sino la forma como se percibe.

Los estilos de afrontamiento que como cuidadores primarios los padres utilizan están relacionados con su calidad de vida. Se ha observado que los cuidadores primarios informales que utilizan estrategias de evitación o negación de la enfermedad ven afectada de forma negativa su calidad de vida; mientras que, los cuidadores que no ven afectada su calidad de vida utilizan estrategias racionales como diseñar un objetivo o aprender más de la enfermedad (Rubira *et al.*, 2012). Por tanto, la evidencia muestra que el afrontamiento con frecuencia está ligado a una mejor calidad de vida aun en situaciones en que la discapacidad está presente (Botero, 2012).

En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas ni se enfrenta la amenaza, se evita la pérdida o se disipa el daño; sólo se les maneja hasta cierto punto, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. El afrontamiento implica en alguna medida, extraer recursos en situaciones de crisis, o sea sacar fuerzas de flaqueza (Fierro, 1997). A menudo suele hablarse de un doble sistema de afrontamiento, ya sea aproximándose a la fuente de estrés o por el contrario huir o evitarlo (Holahan, *et al.*, 1996).

El afrontamiento es un proceso continuo, y como tal, cambia de acuerdo a la situación, ya que involucra una evaluación constante. Por lo tanto, existe una amplia gama de estrategias de afrontamiento que hacen de él un fenómeno multidimensional. Sin embargo, no se descarta la existencia de estilos de rasgos, al ser algunas estrategias de afrontamiento más estables que otras en determinados eventos. El contexto influye en el afrontamiento, por tanto, la persona enfrentará la situación de acuerdo a cómo percibe las demandas y los recursos que posee. Es importante añadir que las experiencias previas de la persona pueden influir en las estrategias de afrontamiento posteriores, dependiendo del resultado obtenido de ellas (Lazarus, 1991).

No obstante, no todas las estrategias de afrontamiento funcionan igual y propician una adaptación positiva. El afrontamiento adaptativo o productivo posibilita disminuir el distrés fisiológico, mejorar la respuesta corporal, disminuir las respuestas emocionales negativas, amplificar las positivas, así como reforzar la autoestima, resolver los problemas, mejorar el rendimiento y ajuste social, aumentar recompensas, y disminuir castigos (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004). Por el contrario, el afrontamiento no adaptativo o no productivo puede incluso aumentar los niveles de estrés por que no logra cumplir con su función, por lo que también se le denomina disfuncional.

Al respecto existen diferentes modelos que tratan de explicar el afrontamiento tanto en adolescentes como en adultos. Skinner, Edge, Altman, y Sherwood (2003) realizaron un meta-análisis sobre mediciones de afrontamiento y encontraron las siguientes estrategias:

- Resolución de problemas: esta familia se caracterizaría por agruparse de acuerdo a los prototipos de afrontamiento de acción instrumental, activa y centrada en el problema, y relacionadas de cerca estarían el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación. Marcando su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno, ajustando acciones para lograr modificarlo, también incluiría las estrategias de aproximación y focalización en el problema, optimización, compensación y reparación.
- Búsqueda de apoyo social: esta categoría aparecía en 88 de los sistemas revisados, incluyendo la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual.
- Huida/evitación: abarca la desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva, conductual, o ambas, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, implicarían esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. Esta estrategia se asociaba a mayor ansiedad, depresión, menor ajuste social y a la enfermedad.
- Distracción: hace referencia a los intentos activos para hacer frente a una situación estresante mediante una actividad alternativa agradable, esta categoría incluye una variedad de actividades alternativas a la situación estresante (pasatiempos,

ejercicio, televisión, música, ver a los amigos o leer). La distracción se asocia a menor depresión y malestar.

- Reestructuración cognitiva: son intentos conscientes por cambiar el punto de vista propio acerca de la situación problemática o estresante, con la finalidad de verla con un enfoque más positivo. Abarca centrarse en lo positivo o pensamiento positivo, autorreconfortarse, ser optimista, minimización del distrés o de las consecuencias negativas y crecimiento personal. Se ha encontrado una relación positiva entre reevaluación positiva y la salud global.
- Rumiación: es centrarse de manera repetitiva y pasiva en lo negativo y las cualidades amenazantes de la situación estresante o problemática, incluye formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos, negativismo, autoinculparse o responsabilizarse, y miedo. La aceptación de la responsabilidad de situaciones estresantes es disfuncional para la regulación emocional, en particular cuando el estresor es incontrolable. El autocriticarse se asocia a un peor ajuste, mayor ansiedad, depresión y problemas de rendimiento.
- Desesperación o abandono: esta forma de afrontamiento hace referencia al conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de hacer frente a una situación que se percibe como incontrolable y difícil para lograr evadir castigos y obtener recompensas. La cualidad de estas formas de afrontamiento es el abandono conductual, no hacer nada, aunado a la impotencia. Abarca la inacción, pasividad, abandono, desesperanza, confusión, interferencia cognitiva, abatimiento o desánimo y pesimismo. En general esta familia se asocia con depresión, problemas de conducta y menor ajuste social.
- Aislamiento social: conglomerado de respuestas enfocadas a retraerse socialmente, ocultar sus emociones y protegerse evitando tener contacto con otros o evitar que otros se enteren de la situación o sus implicaciones emocionales. Incluye evitar a los otros, aislarse. Evadir a otros se encuentra asociado a depresión, problemas de conducta y menor ajuste social en niños y adolescentes.
- Regulación afectiva: se define como intentos conscientes de influir sobre el distrés emocional y expresar de manera constructiva las emociones en el momento y lugar adecuados. La expresión emocional, tranquilizarse a uno mismo, control emocional, relajación y expresión emocional, forman parte de esta familia de afrontamiento.
- Búsqueda de información: tiene que ver con la intención de conocer mejor la situación estresante, como las causas, consecuencias y significado, así como las posibles maneras de hacer frente a ella. Está vinculado al rasgo de personalidad vigilancia rígida, asociada a la alta reactividad ante el estrés y a la ansiedad, así como a la rumiación.
- Negociación: se refiere a intentos activos de persuadir o convencer a otros, lograr un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, cuya finalidad es disminuir el estrés, utilizada para afrontar los estresores interpersonales. Está asociada a la comunicación asertiva.
- Oposición y confrontación: es el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales; hace referencia a confrontar

o expresar enojo a terceros, agredirlos o culparlos, responsabilizándolos del problema. Abarca la proyección, reactancia, ira, descarga y ventilación emocional.

Cuando el sistema familiar debe enfrentar situaciones de enfermedad, corre el riesgo de llegar a desorganizarse y perder su capacidad de ajuste que posibilite seguir con las tareas de apoyo para el desarrollo integral de sus integrantes, incluido el miembro enfermo (Barcelata, 2008). Formas de afrontamiento como la planificación, búsqueda de información, de apoyo instrumental pueden contribuir a reducir el estrés propiciando un mejor ajuste psicológico ante situaciones de mucha presión o riesgo (Díaz & Sevillano, 2016). Sin embargo, ante problemas incontrolables como la discapacidad algunas estrategias pueden ser más efectivas que otras (Campos *et al.*, 2004).

La capacidad de adaptación de la familia ante el surgimiento de nuevas condiciones vinculadas a la situación de enfermedad y discapacidad depende en buena medida del uso de estilos y estrategias de afrontamiento productivo, funcional o adaptativo por parte de los padres, evitándose o disminuyéndose algunos de los síntomas o comportamientos asociados con el *burnout*.

Por otro lado, es relevante señalar que la familia representa para el individuo un espacio socioeducativo de modelamiento, aprendizaje, de posibles maneras de encarar a los acontecimientos críticos que puede enfrentar en la vida. En este sentido, el individuo, al ser parte del sistema familiar, puede adoptar un estilo de afrontamiento homogéneo al manejar los problemas generadores de estrés (Amaris, Madariaga, Valle, & Zambrano, 2013). Los individuos hacen evaluaciones y reevaluaciones respecto a su relación con el entorno, lo que activa el uso de ciertas estrategias de afrontamiento en un intento de controlar o modificar la situación.

Existen diversas clasificaciones de los probables estilos y estrategias de afrontamiento que pueden utilizar los padres, en general todas ellas, por un lado se basan en el modelo interaccional de Lazarus y Folkman (1991). Todas las clasificaciones hacen alusión a por lo menos dos grandes grupos de estrategias: 1) aquellas que se dirigen a resolver el problema, también denominadas de aproximación o activas en general consideradas como funcionales y 2) las que implican un retiro o evitación del problema conocidas como de evitación o pasivas. Las primeras y las segundas implican una clasificación dual en términos de funcional-disfuncional (Lazarus & Folkman, 1991); adaptativas-desadaptativas (Holahan *et al.*, 1996), productivas-no productivas (Frydenberg *et al.*, 2008), aunque a esta última nomenclatura se le agrega la de con referencia a otros, lo cual representa un esquema más adecuado para entender cómo afrontan los padres de los adolescentes, ya que su funcionalidad dependerá de si son efectivas en términos de los resultados para controlar el estrés.

Frydenberg, Eacott y Clark (2008) definen el afrontamiento como pensamientos, sentimientos y acciones que emplea un individuo para hacer frente a las demandas

de una situación. Dicho modelo trabaja con estilos y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones; mientras que las estrategias son pensamientos, sentimientos y acciones que una persona emplea para hacer frente a una situación demandante.

Basándose en este modelo, Frydenberg y Lewis (2000), de forma previa, desarrollaron la escala de afrontamiento para adolescentes (*Adolescent Coping Scale*, por sus siglas en inglés ACS) instrumento que evalúa 18 estrategias de afrontamiento divididas en tres categorías: 1) estilo productivo, el cual refleja la tendencia a abordar los problemas de forma directa e incluye las estrategias: resolver el problema, fijarse en lo positivo, invertir en amigos íntimos, diversiones relajantes, búsqueda de pertenencia y esforzarse y tener éxito, 2) estilo no productivo, las estrategias empleadas no permiten encontrar una solución a los problemas, ya que están orientados a la evitación; las estrategias de este estilo se dirigen a ignorar el problema, reservarlo para sí, no afrontamiento, autoinculparse, reducir la tensión por un medio diferente a la distracción física, hacerse ilusiones y preocuparse; y 3) estilo con referencia a otros, que busca compartir las preocupaciones con los demás y encontrar un soporte, lo que implica el uso de estrategias como búsqueda de ayuda profesional, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y la acción social.

El afrontamiento productivo y de referencia a otros forman parte del afrontamiento funcional; mientras que el afrontamiento no productivo, al disfuncional (Frydenberg *et al.*, 2008). Este modelo fue adaptado por Barcelata y Molina (Molina, 2013) para padres. El instrumento quedó constituido por los mismos 79 reactivos tipo escala Likert de cinco puntos: 1 = no me ocurre; 2 = me ocurre raras veces; 3 = me ocurre algunas veces; 4 = me ocurre a menudo; 5 = me ocurre con mucha frecuencia y un reactivo abierto integrados los tres estilos y las 18 estrategias ya mencionadas, las cuales se presentan en la tabla 5-1. El alfa de Cronbach global es de .898, con una varianza total explicada de 52.42%.

Tabla 5-1. Estrategias de afrontamiento

Estrategia	Definición	Ejemplo
Buscar apoyo social (As)	Inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en su solución	Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él
Resolver el problema (Rp)	Dirigido a resolver el problema, incluye un estudio y análisis sistemático de los diferentes puntos de vista u opciones	Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades
Esforzarse y tener éxito (Es)	Describe compromiso, ambición y dedicación	Trabajar de manera intensa
Preocuparse (Pr)	Contiene elementos que indican temor por el futuro en términos generales o por la preocupación por la felicidad futura	Preocuparme por lo que está pasando

(continuación)

Invertir en amigos íntimos (Ai)	Búsqueda de relaciones personales íntimas	Pasar más tiempo con la persona que suelo salir
Buscar pertenencia (Pe)	Indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás y la preocupación por lo que los otros piensan	Mejorar mi relación personal con los demás
Hacerse ilusiones (Hi)	Se basa en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva	Esperar que ocurra lo mejor
Falta de afrontamiento (Na)	Refleja la incapacidad de tratar el problema y el desarrollo de síntomas psicósomáticos	No tengo forma de afrontar la situación
Reducción de la tensión (Rt)	Refleja un intento de sentirse mejor y relajar la tensión	Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas
Acción social (So)	Dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades	Unirme a gente que tiene el mismo problema
Ignorar el problema (Ip)	Rechaza de forma consciente la existencia del problema	Ignorar el problema
Autoinculparse (Cu)	Indica que ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen	Sentirme culpable
Reservarlo para sí (Re)	El sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas	Guardar mis sentimientos para mí solo
Buscar apoyo espiritual (Ae)	Empleo de la oración en la ayuda de un líder o de Dios	Dejar que Dios se ocupe de mis problemas
Fijarse en lo positivo (Po)	Búsqueda del aspecto positivo de la situación; incluye ver el lado bueno de las cosas y considerarse afortunado	Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas
Buscar ayuda profesional (Ap)	Buscar la opinión de profesionales, como maestros u otros consejeros	Pedir un consejo a una persona competente
Buscar diversiones relajantes (Dr)	Describen actividades de ocio como leer o pintar	Encontrar la forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver televisión
Distracción física (Fi)	Se refiere a hacer deporte, mantenerse en forma, entre otros	Mantenerme en forma y con buena salud

Afrontamiento parental: evidencias de investigación

El afrontamiento puede ser una herramienta poderosa contra el estrés, en el caso de la discapacidad y la presencia de problemas emocionales en los adolescentes. A continuación, se presentan algunos estudios sobre afrontamiento de padres de familia de adolescentes.

La literatura científica menciona que discapacidades como el autismo, que es uno de los trastornos más complejos y serios del desarrollo infantil, por sus cualidades clínicas cognitivas y comportamentales, pueden generar una constante fuente de estrés en los padres, como resultado de la importante demanda física, psíquica y económica de la situación (Albarracín, Rey, & Jaimes, 2014).

Cedeño y Correa (2014) realizaron un estudio en padres de niños con discapacidad visual y auditiva, encontraron que las estrategias de afrontamiento más usadas se centran sobre todo en el compromiso del problema, involucrando las estrategias de comportamiento y las estrategias cognitivas del individuo, es decir, centran su esfuerzo en resolver las situaciones estresantes. Las estrategias menos utilizadas son la evasión centradas en la emoción, así como aislarse socialmente, esto involucra que los padres se orientan en la utilización de estrategias en pro de mejorar su calidad de vida.

Dentro del abordaje teórico del afrontamiento, hay estudios que señalan que tiene génesis social. Indican que el individuo aprecia las formas de afrontamiento que asume su familia al manejar diversos problemas generadores de estrés, por tanto, el sujeto moldea y aprende esas formas de manejar las situaciones críticas (Amarís *et al.*, 2013). Los adolescentes muestran un mejor ajuste cuando su familia se muestra cohesiva, expresiva, organizada y cuando los animan a la independencia. La disfuncionalidad de la familia posiblemente incide en que los integrantes del sistema familiar desarrollen mecanismos de afrontamiento desadaptativos o disfuncionales.

Por su parte, Ruano y Serra (2000) mencionan que las principales conductas de afrontamiento que los padres con hijos adolescentes informan usar, son las relacionadas a la reestructuración cognitiva, adquisición de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual, movilización para conseguir apoyo formal y evaluación pasiva. Campos *et al.*, (2004) mencionan que el afrontamiento directo tiene efectos negativos en situaciones estables, negativas e incontrolables. Es así como el afrontamiento directo en situaciones poco controlables es similar al pensamiento mágico o desiderativo, así como a la rumiación, ya que conlleva a planificar o realizar intentos de solución sin posibilidad real de llevarse a cabo u obtener resultados favorables. Por otra parte, el apoyo social, en especial si se vincula con la comunicación emocional y con la resolución de problemas, tendrá un efecto positivo moderado en la regulación emocional.

Un estudio con padres de niños con leucemia indicó que las estrategias de afrontamiento utilizadas de mayor manera por los mismos, estuvieron basadas en

prácticas religiosas y pensamientos imaginativos, seguidas por concentrarse en el problema; además se encontró una relación moderada entre las estrategias enfocadas a la emoción y ansiedad (Kohlsdorf & Costa Junior, 2011). Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres cuidadores pueden ponerlos en riesgo de presentar depresión, estrés postraumático y síntomas de ansiedad; de acuerdo a la teoría, estrategias que se centran en la parte modificable de eventos incontrolables, como las emociones y la evaluación de la situación, pueden resultar más adaptativas que el uso de estrategias activas centradas en la resolución de problemas.

Sin embargo, contrario a ello el trabajo de Greening y Stoppelbein (2007) el riesgo de depresión, estrés postraumático y síntomas de ansiedad aumentaron en función de la utilización de las estrategias de regulación emocional en los padres de niños con cáncer; los síntomas de ansiedad disminuyeron en función del uso de estrategias de apoyo religioso y optimismo, y por otro lado, aumentaron con el uso de estrategias de afrontamiento activo; el uso de estrategias de evitación y abuso de sustancias incrementó el riesgo de padecer depresión y de estrés postraumático.

La espiritualidad puede llegar a ser una importante fuente de fortaleza, posibilita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar de manera positiva o negativa. Las prácticas religiosas pueden apoyar al individuo a sobrellevar el estrés cotidiano, se cree que las prácticas y las creencias religiosas le permiten al individuo tener esperanzas (Chacín & Chacín, 2011).

Albarracín *et al.*, (2014) estudiaron el afrontamiento en padres con hijos con trastornos del espectro autista, observando que tanto los padres como las madres obtuvieron puntajes altos en la estrategia de afrontamiento relacionada a la religión, por tanto, tienden a desarrollarse y participar en actividades religiosas o grupos religiosos, como una manera de disminuir el malestar que viven ante la condición de su hijo. También encontraron que los padres mostraron puntuaciones más bajas, en comparación a las madres, en las estrategias de solución de problemas y espera, lo que significaría que los padres no tienden a llevar a cabo acciones orientadas a analizar e intervenir en el problema, pero tampoco muestran creencia de que la situación se resolverá por sí misma.

La adaptación en situaciones de enfermedad crónica o discapacidad implicará un ajuste entre las demandas y expectativas que requiere un evento que ocasiona una limitación definitiva y las capacidades del individuo para dar respuesta a estas demandas, sin embargo, ya que en estas situaciones no hay posibilidades de modificar la situación, las estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción ayudan a reducir el impacto emocional que genera el evento y a largo plazo a conseguir un equilibrio ante la situación (Botero, 2012).

Otros hallazgos de investigación muestran una relación positiva entre el afrontamiento con la salud y la funcionalidad del sistema familiar. Las familias regulan su funcionamiento mediante el afrontamiento, teniendo el potencial de mantener y fortalecer los recursos familiares con el objetivo de protegerla de las exigencias de los eventos estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica; las estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras de la cohesión y la adaptabilidad de la familia (Amaris *et al.*, 2013).

Jiménez, Amaris y Valle (2012) realizaron una investigación sobre las estrategias de afrontamiento que emplean los padres e hijos que se encuentran en situación de separación por divorcio. En dicho estudio se informa que la estrategia más utilizada por padres y madres es acudir a los familiares, vecinos y amigos, es decir, al contexto externo para buscar una orientación para afrontar sus problemas. Al igual que los padres, los adolescentes de este contexto emplean en mayor medida la estrategia de apoyo social.

Recién y como parte de una línea de investigación orientada a evaluar el desarrollo adolescente, la salud y la familia, se realizaron algunos estudios enmarcados en un proyecto más amplio (PAPIIT IN303714), con diferentes grupos vulnerables de padres considerados en condiciones de riesgo porque tenían que lidiar con diferentes tipos de adversidad de los cuales se presentan sólo algunos de los resultados. Los datos que se muestran a continuación corresponden a un estudio comparativo de corte transversal sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento de dos grupos de madres que participaron de manera voluntaria. Los resultados corresponden a 60 madres de 31 a 60 años de edad. Se trabajó con 30 madres de adolescentes con algún tipo de discapacidad (motora, cognitiva) de un Centro de Atención Múltiple (CAM) del Estado de México cuyos resultados fueron comparados con los de 30 madres de pacientes de un servicio de atención psicológica de una Clínica Multidisciplinaria de la Ciudad de México (CLÍNICA).

Se aplicó una Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su Familia (Barcelata, 2014) para obtener datos básicos del adolescente y su familia, y la Escala de Afrontamiento para Padres, versión adaptada del *Adolescent Coping Scales* de Frydenberg y Lewis (2000) por Barcelata y Molina (2013). El objetivo del presente estudio fue comparar los estilos y estrategias de afrontamiento de madres de adolescentes con discapacidad y madres de pacientes de un servicio de atención psicológica.

Las madres del CAM ($M = 39.57$; $DE = 7.15$) y las madres de la CLÍNICA ($M = 42.77$; $DE = 5.66$) informaron escolaridades bajas, ya que arriba de 70% tenían como máximo nivel educativo secundaria. Poco más de la mitad son casadas (53% para ambas muestras); 56% de las madres del CAM son amas de casa y la segunda actividad más desempeñada es la de empleada doméstica (17%), mientras que para la muestra CLÍNICA, 50% son amas de casa y la segunda actividad desempeñada es la de

comerciante (33%). El ingreso económico de 80% de la muestra del CAM es menor a \$4 500.00 pesos mensuales, siendo esta cantidad un indicador de riesgo psicosocial, ya que sólo 3% percibe un ingreso económico mayor a los \$8 500.00 mensuales. Para la muestra CLÍNICA, 70% percibe un ingreso mensual menor a \$4 500.00 y sólo 3% perciben más de \$12 000.00.

En cuanto a los resultados por estilos de afrontamiento, la media más alta corresponde al afrontamiento productivo ($M = 3.04$) por parte de las madres de pacientes de un servicio de atención psicológica (CLÍNICA), mientras que el estilo con la media más baja corresponde al afrontamiento no productivo ($M = 2.35$) de las madres con un hijo con discapacidad (CAM). Sin embargo, de manera global, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estilos de afrontamiento entre ambos grupos (tabla 5-2).

Tabla 5-2. Estilos de afrontamiento de las madres de adolescentes con discapacidad (CAM) y de adolescentes de un servicio de atención psicológica (CLÍNICA)

Estilo de afrontamiento	CAM		CLÍNICA		t
	M	DE	M	DE	
Productivo	3.00	0.47	3.04	0.41	-382
No productivo	2.35	0.38	2.54	0.44	-1.786
De referencia a otros	2.55	0.52	2.68	0.48	-939

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, las madres de adolescentes con discapacidad y las madres de pacientes de un servicio de atención psicológica informaron medias más altas en las mismas estrategias: esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, preocuparse y resolver el problema. Mientras que las estrategias con medias más bajas para ambas muestras fueron ignorar el problema y acción social, siendo las madres de adolescentes con discapacidad las que presentaron otras dos estrategias con medias bajas: falta de afrontamiento y reducción de la tensión (tabla 5-3).

Los datos mostraron que ambos grupos de madres tienden a utilizar estrategias de estilo productivo como resolver el problema y fijarse en lo positivo a pesar de las situaciones adversas o que les preocupan. Sin embargo, las madres de los adolescentes que reciben atención psicológica utilizan más estrategias no productivas, por ejemplo, autoinculparse ($t = -2.60$; $p = 0.01$), y no afrontamiento ($t = -2.11$; $p = 0.04$), que las madres de adolescentes con discapacidad. Sin embargo, las madres de los adolescentes del servicio psicológico recurren más a la búsqueda de apoyo social, en comparación con las madres de adolescentes con discapacidad.

Tabla 5-3. Diferencias en las estrategias de afrontamiento entre madres de adolescentes con discapacidad (CAM) y madres de pacientes de un servicio de atención psicológica (clínica)

Estilos de afrontamiento	Estrategias de afrontamiento	CAM		Clínica		t
		M	DE	M	DE	
Afrontamiento Productivo	Resolver el problema (Rp)	3.36	0.62	3.41	0.56	-0.304
	Esforzarse y tener éxito (Es)	3.75	0.64	3.75	0.54	0.000
	Invertir en amigos íntimos (Ai)	2.65	0.83	2.67	0.58	-0.108
	Buscar pertenencia (Pe)	2.88	0.61	3.18	0.71	-1.766
	Fijarse en lo positivo (Po)	3.43	0.70	3.41	0.68	0.094
	Buscar diversiones relajantes (Dr)	2.63	0.82	2.64	0.75	-0.055
	Distracción física (Fi)	2.31	0.97	2.26	0.91	0.229
Afrontamiento No productivo	Preocuparse (Pr)	3.42	0.62	3.37	0.63	0.329
	Hacerse ilusiones (Hi)	2.74	0.77	2.83	0.78	-0.467
	Falta de afrontamiento (Fa)	1.95	0.47	2.29	0.75	-2.110*
	Reducción de la tensión (Rt)	1.99	0.76	2.24	0.59	-1.438
	Ignorar el problema (Ip)	1.51	0.52	1.60	0.52	-0.675
	Autoinculparse (Cu)	2.23	0.79	2.80	0.89	-2.605*
	Reservarlo para sí mismo (Re)	2.53	0.69	2.68	0.76	-0.799
Referencia a otros	Buscar apoyo social (As)	3.03	0.74	3.08	0.63	-0.274
	Acción social (So)	1.95	0.61	1.98	0.54	-0.225
	Buscar apoyo espiritual (Ae)	2.61	0.68	2.86	0.89	-1.236
	Buscar ayuda profesional (Ap)	2.63	0.99	2.80	0.90	-0.683

Nota. *p [[≤]] 0.05.

A pesar de que existe poca investigación sobre afrontamiento parental con población mexicana, los datos de este estudio coinciden con otros (Amaris et al., 2013; Botero, 2012) que muestran que el afrontamiento de las madres de adolescentes con alguna discapacidad tiende a ser funcional, de manera similar a las madres de adolescentes que presentan algún trastorno o alteración emocional o comportamental

tienden a utilizar estrategias de estilo productivo como resolver el problema y fijarse en lo positivo. Sin embargo, las madres de los adolescentes que reciben atención psicológica utilizan más estrategias no productivas, por ejemplo, autoinculparse y no afrontamiento, que las madres de adolescentes con discapacidad, quizá debido a que muchas madres, dada su dinámica familiar conviven poco con sus hijos porque tienen que salir a trabajar y esto les genera cierto grado de culpa como lo menciona Núñez (2003).

Los resultados también apoyan los de otras investigaciones que señalan que los padres que tienen hijos con alguna discapacidad utilizan, en mayor medida, estrategias centradas en soluciones y menos estrategias que implican evasión. Esto sugiere que la discapacidad, que en muchos de los casos es desde el nacimiento, hace que este evento a pesar de ser no normativo, sea experimentado con menos ansiedad, ya que se va "normalizando" con el tiempo de forma que las madres son capaces de adaptarse y responder de manera más productiva que las madres que tienen que lidiar con problemas emocionales y de conducta de sus hijos. Estos hallazgos indican la necesidad de diseñar programas selectivos de afrontamiento en función de las necesidades de los diversos grupos con base en evaluación previa del tipo de estresores que tienen que enfrentar.

Conclusiones

Es importante considerar que por lo regular durante la adolescencia la organización familiar cambia, produciéndose una menor cohesión y mayor énfasis en la diferenciación y autonomía de los hijos adolescentes. Sin embargo, un hecho incapacitante, tiene el potencial de intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunas condiciones la necesidad de una alta cohesión suele ser permanente, dificultando de esta manera el desarrollo normativo de la familia y sus integrantes (Rolland, 2000).

Los adolescentes que padecen condiciones de salud que requieren cuidados especiales, atraviesan por los cambios físicos esperados en la adolescencia, sin embargo, su desarrollo se ve limitado por las necesidades de cuidado aunadas a su condición. Tanto la familia como el adolescente se ven limitados por los escenarios a los que se circunscribe su condición, los adolescentes que requieren aún más cuidados continuos, supervisión o largos periodos de hospitalización se ven más afectados, ya que su cuidador se convierte en uno de sus únicos contactos con el mundo externo.

Los cuidadores de adolescentes con discapacidad y de adolescentes con problemas emocionales utilizan con poca frecuencia estrategias dirigidas a afrontar de manera favorable la tensión emocional, como utilizar diversiones relajantes, invertir en amigos íntimos, distracción física, acción social; por el contrario, continúan teniendo

sensaciones de miedo por el futuro en general. De ahí la importancia de fomentar el estilo de afrontamiento que se base en los demás y de propiciar el uso de algunas estrategias como búsqueda de apoyo social o búsqueda de apoyo espiritual. La investigación ha encontrado que estas estrategias, como la espiritualidad, tienen el potencial de ser una fuente de fortaleza de gran importancia, permitiría al individuo realizar cambios positivos en su estilo de vida, además puede ayudar a reducir el impacto y malestar emocional que vivencian ante la condición de su hijo, y a largo plazo lograr un equilibrio ante la situación (Albarracín *et al.*, 2014; Botero, 2012; Buitrago-Echeverri *et al.*, 2010; Caicedo, 2014; Chacín & Chacín, 2011).

Los resultados coinciden con algunas investigaciones que señalan que los padres que tienen hijos con alguna discapacidad utilizan, en mayor medida, estrategias centradas en soluciones y menos estrategias que implican evasión (Balbuena, 2017; Botero, 2013; Cedeño & Correa, 2014). En este sentido parece que las madres de adolescentes con alguna discapacidad son capaces de adaptarse y responder de manera más productiva que las madres que tienen que lidiar con problemas emocionales y de conducta de sus hijos (Molina, 2013).

Además existe la necesidad de implementar programas de atención a padres de familia de ambos grupos para promover estrategias de afrontamiento productivo, ya que las estrategias disfuncionales utilizadas por los padres tienden a ejercer una influencia negativa en la forma en la que afrontan sus hijos (Frydenberg, *et al.*, 2008). Además, la forma en la que los padres afrontan tiene influencia sobre cómo los hacen los adolescentes (Barcelata & Lucio, 2012). A su vez, González, Montoya, Casullo, y Bernabéu (2002) indican que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes pueden incidir en su desarrollo psicológico.

Es importante fortalecer estrategias de búsqueda de apoyo social en todas las madres que tienen que enfrentar situaciones adversas o extraordinarias que vulneran su propia salud física y emocional. Por ejemplo, las madres de niños con y las madres de adolescentes con problemas emocionales tienden a sobrecargarse de trabajo lo que con el tiempo representa un desgaste importante que puede generar algunos rasgos del síndrome de *burnout* (Barcelata, 2008). Estos hallazgos indican la necesidad de diseñar programas selectivos de afrontamiento considerando las características de los diversos grupos con base en evaluación previa del tipo de estresores específicos que tienen que enfrentar, ya que son pocos los trabajos que presentan diseños de intervención en el afrontamiento con los padres (Hernández, 2017; López-Márquez, 2013).

Se requiere dar paso a acciones que establezcan y fortalezcan vínculos y relaciones familiares saludables, de esta manera potenciar roles familiares de calidad, siendo la familia participe en los procesos de integración social de sus miembros. Los modelos sociales afectan los proyectos de vida familiar, por ello, es necesario incidir en cambios sociales que permitan la inclusión y menos barreras (Guerrero, 2012).

Es necesario trabajar en la mejoría de la calidad del entorno emocional, incrementando el nivel de expectativas mediante información adecuada y apoyo, ya que es común que los padres tengan expectativas bajas acerca de sus hijos con discapacidad, debido a que toman como un hecho que los mismos no desarrollan ciertas habilidades, lo que ocasiona una escasa confianza en ellos. Como consecuencia de esta percepción los padres llegan a limitar las oportunidades que les brindan (Sarto, 2011).

Algunos de los aspectos que requieren atención en las familias de niños con discapacidad son las actitudes hacia su condición, expectativas, cambios en la estructura familiar y conflictos generados (Guevara & González, 2012). Es imposible separar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad de la calidad de vida de sus familias. La familia y su gran importancia en el proceso de integración social, se ve favorecido cuando ésta cuenta con redes de apoyo y orientación, personales y sociales. En consonancia con ello, se requiere implementar políticas y acciones que brinden apoyo y ayuda a estas familias (Guerrero, 2012).

Los cuidados de una persona dependiente con discapacidad son complicados, ya que las funciones corporales, psicológicas y sociales se ven afectadas. Dicha actividad expone al cuidador al deterioro de su calidad de vida, concibiéndola como la percepción que un individuo tiene sobre su bienestar físico, mental y social. Se advierte sobre la necesidad de proponer nuevas estrategias de apoyo físico y mental que pudieran enfocarse según las características particulares de la familia y el cuidador. Así mismo es importante seguir promoviendo programas que intervengan en la salud emocional integral de los adolescentes, fomentando el bienestar familiar e individual.

Referencias

- Albarracín, A., Rey, L., & Jaimes, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42: 111–126.
- Alcíbar-Sánchez, B., & Amador-Velázquez, R. (2014). Proceso de ajuste emocional de padres cuyos hijos presentan algún tipo de discapacidad. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 5(1):34–47.
- Alvarado, A., & González, M. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma*. México: Secretaría de Salud.
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1):123–145.
- Balbuena, M. (2017). *Relación entre Afrontamiento y Funcionamiento Familiar en cuidadoras informales de adolescentes hospitalizados con enfermedad crónica y de adolescentes con discapacidad* (Tesis de Licenciatura). FES Zaragoza, UNAM.

- Barcelata, B. (2007). Estrés y Adolescencia. En *Estrés y salud*, No.8. Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento (pp. 111–147). México: UNAM, FES Zaragoza.
- Barcelata, B. E. (2008). El cuidado informal de enfermedades crónico-degenerativas y burnout Familiar. En B. Ramos (Ed.), *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud* (pp. 127–188). Ciudad de México, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Barcelata, B. E. (2015). *Adolescentes en riesgo: Una mirada a partir de la resiliencia*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Barcelata, B., & Lucio, E. (2012). Afrontamiento adolescente y parental: implicaciones para una intervención integral. *Eureka*, 9(2):144–157.
- Barron, B., & Alvarado, S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4:39–46.
- Barudy, J. (2005). Familiaridad y competencias: el desafío de ser padres. En *Los buenos tratos de la infancia* (pp. 77–125). Barcelona: Gedisa.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2):155–163.
- Botero, P. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2):196–214.
- Buitrago-Echeverri, M. T., Ortiz-Rodríguez, S. P., & Eslava-Albarracín, D. G. (2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1):59–77.
- Caicedo, C. (2014). Families With Special Needs Children: Family Health, Functioning, and Care Burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6):398–407.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, (82):25–44.
- Cedeño, P., & Correa, A. (2014). *Estrategias de afrontamiento en padres de niños con discapacidad visual y auditiva* (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Urdaneta Maracaibo.
- Chacín, M., & Chacín, J. (2011). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Revista Venezolana de Oncología*, 23(3):199–208.
- Chávez, R. C., & Tomasini, G. A. (2016). Competencias parentales y percepción de riesgo/protección en padres con hijos con necesidades educativas especiales. *Revista Educación y Ciencia*, 5(45):19–33.
- Chuey, Y. H. (2014). *Conyugalidad y parentalidad: un dilema de las parejas* (Reporte de Experiencia Profesional, Maestría en Terapia Familiar), UNAM.
- Consejo Nacional de Población. (2010). *La situación actual de los jóvenes en México. Serie de Documentos Técnicos*. México: CONAPO.
- Crespo, M., López, J., & Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of demented and nondemented older persons. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 20:591–592.
- Díaz, L. J., & Sevillano, Y. G. (2016). *Funcionamiento familiar y afrontamiento de madres*

- con hijos prematuros del departamento de neonatología* (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. Ciudad de México: Pax México.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En M. I. Hombrados (Ed.), *Estrés y Salud* (pp. 9–38). Valencia: Promolibro.
- Frydenberg, E., Eacott, C., & Clark, N. (2008). From distress to success: developing a coping language and programs for adolescents. *The Prevention Researcher*, 15(4):422–423.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes-ACS*. Madrid: TEA.
- González, N., Valdez, J. L., & Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1):41–52.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2):363–368.
- Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). Brief report: Pediatric cancer, parental coping style, and risk for depressive, posttraumatic stress, and anxiety symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(10):1272–1277.
- Guerrero, C. (2012). Hacia la construcción de procesos y prácticas exclusivas: Metodologías para la intervención. *Universidad de Murcia*, 1(16):1–12.
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3).
- Hentinen, M., & Kyngäs, H. (1998). Factors associated with the adaptation of parents with a chronically ill child. *Journal of Clinical Nursing*, 7:316–324.
- Hernández, D. (2017). *Entrenamiento en solución de problemas como una estrategia de afrontamiento para padres de adolescentes de una muestra clínica* (Tesis de Licenciatura). FES Zaragoza, UNAM.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth: conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner & N. E. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 24–43). New York: Wiley.
- INEGI. (2010). Discapacidad en México. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/discapacidad/>
- INEGI (2015). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (3 de diciembre). Datos nacionales. Aguascalientes. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- INJUVE (2015). Hospital de las Emociones. Recuperado de <http://www.cdmx.gob.mx/vive-cdmx/post/hospital-de-las-emociones>
- Jiménez, M., Amarís, M., & Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte*, 28(1):99–112.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. (2011). Coping strategies and caregiver's anxiety in pediatric oncology. *Psicología: Reflexao e Critica*, 24(2):272–280.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lizasoain, O. (2009). Discapacidad y familia: el papel de los hermanos. In A. Reyes & S. Conejero (Eds.), *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación* (Vol. 1, pp. 653–660). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- López-Márquez, N. G. (2013). Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México. *Tecno Ciencia Chihuahua*, 7(3):139–151.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de Terapia Familiar* (1ra ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2):133–142.
- Organización Mundial para la Salud (2014). OMS | Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
- Pérez, J., Lorence, B., & Menéndez, S. (2010). Estrés y competencia parental: Un estudio con madres y padres trabajadores. *Suma Psicológica*, 17(1):47–57.
- Ramos, B. (2008). Introducción. In B. Ramos (Ed.), *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud* (pp. 9–14). Ciudad de México, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Rodrigo, M., & Palacios, J. (2014). *Familia y desarrollo humano*. España: Alianza.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. (1ra ed.). Barcelona, España: Gedisa.
- Ruano, R., & Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2):199–206.
- Ruano, R., & Serra, E. (2001). Sucesos vitales y tensiones en familias con hijos adolescentes. *Estudios Pedagógicos*, 1(27):55–64.
- Rubira, E. A., Marcon, S. R., Silva, A. G., Aparecida, M., Gaíva, M., & Espinosa, M. M. (2012). Burden and quality of life of caregivers of children and adolescents with chemotherapy treatment for cancer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4):567–573.
- Sarto, M. P. (2011). Familia y discapacidad. En *La atención a la Diversidad en el Sistema Educativo* (pp. 1–11). Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2):216–269.
- Suris, J., Michaud, P., & Viner, R. (2004). The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89(10), 938–942.
- UNICEF. (2011). Estado Mundial de la Infancia. Recuperado de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
- Villarruel, M. B. (2009). *Programa de Intervención Psicológica para pacientes de leucemia aguda* (Tesis Doctoral). México: UNAM.
- Wadsworth, M. E., & Berger, L. E. (2006). Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1):57–70.
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1):26–39.

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican tabla, los números de página en *cursiva* indican figura.

A	etapa de transición crítica, 12
Abandono, situación de, 29	¿etapa tormentosa o de oportunidades?, 1
Abuso de sustancias, 12	etapas o sub-etapas, 6
Accidentes, 13	media, 6
Acciones personales, 21	propiamente dicha, 6
Actividades escolares, 54	tardía, 6
Actos delictivos y violentos, 77	temprana, 6
Adaptación, 11, 15, 20	Adolescentes
como conducta, 70	aislados y rechazados, 80
más allá de la, 1, 13	maduros, 6
ordinaria, 24	mexicanos, evidencia empírica con, 80
por dominios, 16	Adversidad, 15
positiva, 10, 16, 19, 89	Afectación psiquiátrica grave, 72
positiva y negativa, 5	Afectividad negativa, 46
problemas de, 17	Afectividad positiva, 46
representación gráfica como un	Afectos negativos, 60
continuo, 15	Afectos positivos, 60
y alteraciones emocionales, 70	Afectos/emociones, 45
y resiliencia, 12, 14, 15	Afrontamiento, 12
Adolescencia	de aproximación o productivo, 21

C

exitoso, 21
 Agresividad, **84, 85**
 Aislamiento, 1
 Alcoholismo, 72
 Alimento, vestido y techo, 30
 Alta autoestima, 52
 Ambiente violento, 29
 Ansiedad, 2, 17, 83
 y tristeza, 49
 Ansiedad/depresión, 52, **84, 85**
 Anticipación y planeación, 18
 Apego, 1
 Apoyo familiar, 21
 y social, 18
 Apoyo social comunitario, 21
 Aprendizaje y logro, 52
 Asistencia social, 29
 Atención, problemas de, **84, 85**
 Autoaceptación, 47, 48, 60
 Autoafirmación, 28
 Autoconcepto, 5
 positivo, 83, **84, 85**
 Autoestima, 5
 Autoevaluaciones egocéntricas, 61
 Autolesiones, 80
 Autonomía, 5, 8, 21, 28, 47
 Ayuda física, 51

B

Bajo nivel económico, 29
 Bienestar en la adolescencia: hallazgos de investigación, 48
 Bienestar óptimo, 43
 aproximaciones para su estudio integral, 45
 y conducta prosocial, 53
 Bienestar personal, 44
 Bienestar psicológico (BP), 13, 55, 46
 Bienestar subjetivo (BS), 55, 45
 Biología molecular, 14
 "Buenas escuelas", 21
 Bullying, 27

Calidad de vida, 46, 54, 55
 Calma, 49
 Callo emocional, 27, 80
 Callous, definición de, 76
 Callous-unemotional syndrome (CUS), 27
 Callous-unemotional traits (CUT), 27, 75, 76
 un riesgo latente, 69
 Callousness/insensibilidad, 81
 Cambios corporales, 19
 Carácter, 5
 Características positivas, **84, 85, 86**
 Casas de acogimiento familiar, 26
 Caso de adolescentes mexicanos, 53
 Castigos y recompensas, 79
 Celos, 52
 Centros de Integración Juvenil (CIJ), 74
 Clasificación dimensional, 71
 Clasificación evolutiva, 71
 Clima familiar, 46
 Competencia(s), 4, 16, 61
 Competitividad, 44
 Comportamiento
 antisocial, 17
 desviado, 2
 trastornos del, 71
 Compromiso moral, 52
 Comunidad cautiva, 28
 Conducta(s)
 agresiva, 53
 alimentaria, 12
 antisocial, 12, 27, 72
 criminal, 72
 de riesgo, 14
 delictivas, 27
 dependiente, 73
 disruptiva, 80
 internalizadas y externalizadas, 17
 manipuladoras, 77
 mixtas, 81
 psicosocial, 83
 Conducta(s) prosocial, 43, 50, **84, 85**
 compasiva, 51

datos descriptivos de la, **56**
 diferencia de medias entre el bienestar psicológico y el nivel de, **56**
 diferencia de medias entre el bienestar subjetivo y el nivel de, **57**
 emocional, 51
 y bienestar, 51
 Conexión, 4
 Confianza, 4
 recibir y dar, 2
 Conflicto, 3
 intrapsíquico, 1
 Construcción social, 2
 Constructo supraordenado, 17
 Contexto escolar, 43
 Contextos distales y proximales de riesgo-protección, 25
 Continuidad y discontinuidad, 71
 Control personal, 48
 Convivir, aprender a, 61
 Cortisol, niveles bajos de, 78
 Crecimiento académico y personal, 52
 Crecimiento personal, 4, 47, 48
 Crianza
 de los hijos, 79
 prácticas de, 21
 Crisis de identidad, 2
 Cuidado de la salud, 48
 Cuidadores primarios, 31
 Culpa, 87
 "Curso de la vida", 13
 Cyberbullying, 80

D

Déficit de atención, 73
 Del riesgo a la protección, 14
 Depresión, 17
 Desajuste emocional, 52
 Desarrollo adolescente, 1, 5
 Desarrollo cognitivo, 3
 Desarrollo humano, 69
 Desarrollo infantil-juvenil, 70
 Desarrollo óptimo, 23

Desarrollo Positivo del Adolescente (DPA), 43, 44
 Desarrollo psicosexual, 1
 Desarrollo socioafectivo, 2
 Desarrollo y adaptación, 4
 Descentralización, 3, 7
 Desde los genes hasta la cultura, 15
 Desobediencia, 73
 Despreocupación, **82, 87**
 Desviaciones cuantitativas, 71
 Diferenciación, proceso de, 24
 Dimensión afectiva, 45
 Dimensión biológica, 25
 Dimensión social, 16, 25
 Discapacidad, 31
 Discontinuidades, 1
 Disfunción familiar, 73
 Divergencia y convergencia, 71
 Dominio del entorno, 47
 Dominio familiar, 16

E

Ecología social, 11
 Educación formal, 80
 Egoísmo, 44
 Emociones, 12
 de cólera, 49
 negativas, 49
 positivas, 49
 Empatía, 5, 7, 87, 88
 anticipación y planeación, 3
 y consuelo verbal, 51
 Empoderar, 44
 Enfermedad crónica, 19
 Enfoque ecológico-transaccional, 9
 Enfoque holístico de
 Magnusson, 4
 Enfoque integracionista, 10
 Enfoques sistémicos del desarrollo, 11
 Ensimismamiento, 1
 Entradas o salidas, 21
 Entusiasmo, 49
 Equifinalidad, 71

Escala de conducta prosocial hacia los pares, 51
 Escala de evaluación afectiva-cognitiva de la vida, 46
 Escala de Habilidades Prosociales para Adolescentes (EHP-A), 51
 Escala de medición multidimensional de bienestar subjetivo (EMMBSAR), 46
 Escucha profunda, 51
 Escuela: escenario de múltiples oportunidades y retos, 26
 Escuelas y comunidades, 11
 Esquizofrenia, 17
 Estabilidad emocional, 70
 Estados de ánimo, 46
 Estrés, 17
 cotidiano, 19
 Estresores universales, 19
 Estructuras cognitivas, 3, 7
 Eudaimonismo, 46
 Eventos mayores y cotidianos, 19
 Éxito o fracaso, 16
 Exosistema, 8
 Experiencia(s), 12
 emocional, 46
 intrínsecas y extrínsecas, 9
 Explosividad, 73
 Expresión afectiva, 87
 Expresividad negativa, 46
 Expresividad positiva, 46, 54

F

Factor de protección, 21, 26
 Factores biológicos, 18
 Factores contextuales, 18
 Factores de banda ancha y estrecha, 84, 85
 Factores de riesgo-protección personal, proximal y distal, 22
 Factores ecológicos de riesgo-protección, 12
 Factores modificables y no modificables, 11
 Factores proximales y distales, 9
 Factores psicológicos, 18
 Familia, 29

ciclo vital de la, 30
 como factor de riesgo, 73
 como organismo, 30
 Felicidad, 43, 49, 59
 Formación integral, 62
 Fracaso escolar, 73
 Frecuencia emocional, 46

G

Globalización, 4
 Golpear, 17

H

Habilidades cognitivas, 21
 Habilidades emocionales, 61
 Habilidades sociales, 2
 "Hacerla" ("doing well"), 16
 Hedonismo emocional, 46, 54
 Hiperactividad, 74
 Historia o temporalidad, 24
 Hogares fragmentados, 29

I

Identidad

búsqueda de, 14
 consolidación de la, 7
 global, 5
 logro de la, 7
 propia, 6
 sexual, 6
 Impulsividad, 52, 74
 Impulsos sexuales, 2
 Independencia, logro de la, 7
 Individuación, 2
 proceso de, 5
 Inestabilidad emocional, 53
 Inexpresividad, 82
 Inquietud, 73
 Inseguridad afectiva, 46
 Insensibilidad, 82, 87
 emocional, 88

Institucionalización: una opción para el desarrollo adolescente, 28
 Instituciones
 correccionales, 11
 de asistencia social, 11
 Integración del desarrollo, 10
 Intensidad emocional, 46
 Interacción familiar, 72
 Interacción individuo-medio ambiente, 11
 Interacción social recibida y expresada, 46
 Interés por lo demás, 5
 Interrelación dinámica, 9
 Intervenciones o acciones externas, 21
 Inventario de insensibilidad emocional, 81
Inventory of Callous-Unemotional Traits, 80
 Investigación multifactorial y multinivel, 11
 Irritabilidad, 73

L

Las 5C's del desarrollo positivo de la adolescencia, 4
 Limitaciones cognitivas, 61
 Logros nacionales, 46, 54, 55
 Logros personales, 46

M

Macroparadigma, 11
 Macrosistema, 8
 Maduración biológica, 5
 Maduración psicológica, 5
 Mala adaptación, 71
 Maltrato, 19
 Manipulación e impulsividad, 75
 Mentir, 17
 Mesosistema, 8
 Microparadigma, 11
 Microsistema, 8
 Miedo, 17, 49, 77, 78
 y angustia, 79
 Modelo del desafío, 18
 Modelo del desarrollo positivo del adolescente (DP), 23

Modelo ecológico-transaccional (E-T), 10, 11, 23, 25, 32, 90
 evolucionista, 11
 organizacional, 11
 Modelo heurístico de Grotevant, 4
 Modelo interdisciplinario, 10
 Modelo psicosocial, 3
 Modelo salutogénico, 23
 Mundo globalizado, 6

N

Nerviosismo, 73
 Neurociencias, 14
 Neuropsicología, 14
 Normas sociales, 61
 Nuevas experiencias, 21
 Nuevas tecnologías, 6

O

Oportunidades, 4

P

Padres, cambios relacionales con los, 19
 Pares, influencia de, 18
 Pares, relaciones con los, 2
 Pensamiento, problemas de, 84, 85
 Pensamiento, procesos de, 7
 Personalidad
 antisocial, 72
 estabilidad de la, 70
 Perspectiva eudaimónica, 46
 Perspectiva hedónica, 45
 Perspectiva organizacional, 23
 Planes a futuro, 48
 Plasticidad, 24, 30
 cerebral, 14
 Pobreza, 17
 Posturas clásicas del desarrollo, 5
 Práctica clínica, 11
 Pre-adolescencia, 6
 Presiones y retos, 13

Prestigio y dinero, 44
Problemas externalizados, 84, 85, 86
Problemas internalizados, 84, 85, 86
Problemas interpersonales, 72
Problemas mixtos, 84, 85, 86
Problemas sociales, 84, 85
Proceso de exploración, 14
Proceso transicional, 14
Procesos evolutivos, 7
Procesos hormonales, 18
Programas preventivos, 11
Promoción de competencias, 11
Promoción y prevención, 15
Propósito de vida, 48
Propósito en la vida, 47
Protección, 23
 procesos de, 74
Psicoanálisis, 1
Psicopatía, 74
 adulta, 72
Psicopatología del desarrollo, 1, 10, 11, 17

Q

Quejas somáticas, 83, 84, 85

R

Rasgos de insensibilidad emocional (RIE), 75,
76, 80, 89
 variables asociadas a los, 78
Rebelión, 28
Rechazo personal, 48
Redes sociales, 2
Reflexión, 7, 21
 capacidad de, 3
Relaciones positivas, 48
Relaciones positivas con otros, 47
Religión, 46, 54
Remordimiento, 87
 ausencia de, 75
Rendimiento académico exitoso, 12
Resiliencia, 20, 21, 22
Responsabilidad, 21

Retraimiento, 83, 84, 85
RIE global, 82
Riesgo o adversidad significativa, 17
Robar, 17
Ruptura de reglas, 83, 84, 85

S

Salud mental, 13, 15, 72
 problemas de, 71
Satisfacción con la vida, 45
Satisfacción vital, 49, 54
Sensaciones, 12
Sentimientos de soledad, 52
Sentimientos y cogniciones, 17
Servicio físico y verbal, 51
Sexo, 87
Sexo y edad, 48, 54
 diferencia de medias del BS en función
 del nivel de CP, 59
 diferencia de medias entre el bienestar
 psicológico, 58
Sexualidad, reorganización y reorientación
de la, 2
Simpatía, 5
Síndrome de rasgos de insensibilidad
emocional (RIE), 27
Síndrome normal de la adolescencia, 1
Sistema educativo, 61
Sistema familiar ante el riesgo y la
adversidad, 29
Sistema proximal, 8
Situación, percepción de la, 19
Situaciones o eventos no normativos, 19
Situaciones o sucesos normativos, 19
Socialización, 3
"Sola adolescencia", 6
Solidaridad, 51
Subsistema paterno-filial, 30
Suicidio, 13, 27

T

Tareas básicas, 2

Tasas de delincuencia, 27
Temor, 17
Temperamento, 21
Teoría del desarrollo "curso de vida", 3
Teoría del estrés familiar, 18, 30
Teoría focal o integracionista, 3
Teorías organísmicas, 3
Trabajo y familia, 72
Tradición hedónica y eudaimónica, 45
Transición adolescencia-adulthood, 5
Transición adolescente, 5
Transición de un grado escolar a otro, 19
Transición epistemológica del abordaje del
desarrollo adolescente, 23
Transición niñez-adolescencia, 5
Trastorno antisocial de la personalidad (TAP),
79
Trastornos de salud mental, 10
Tristeza, 49, 77, 78

U

Uncaring/despreocupación, 81
Unemotional, definición de, 76
Unemotional/inexpresividad, 81

V

Vida sana y plena, 60
Violencia, 13, 27
Visión antropológica, 3
Visiones positivas y dinámicas, 4
Vulnerabilidad, 12, 18

Y

Yo, desarrollo del, 2
Youth self report (YSR), 81

Z

Zonas cerebrales, 78

Esta obra **Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples**,
ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
en coedición con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
el 15 de octubre de 2018.

Se imprimió en offset en los talleres de
Litográfica Ingramex S.A. de C.V.,
Centeno #162-1 Col. Granjas Esmeralda, C.P. 09810
Del. Iztapalapa, Ciudad de México.

El tiraje consta de 1000 ejemplares de 16.5 x 23 cm,
con 172 páginas cada uno, a una tinta, encuadernación rústica.

En su composición se utilizó la familia Calibri de 10 puntos.

Se empleó papel cream de 60g para páginas interiores
y cartulina SBS de 265g para los forros

•
1a. edición, 2019



Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples

Barcelata

Se ha demostrado que la adolescencia es una etapa de recursos y de oportunidades y que los factores de protección pueden dar más información sobre los procesos de adaptación, sin embargo, la evaluación de factores de riesgos también contribuye a entender el desarrollo adolescente ante situaciones extremas. Es por ello que el modelo ecológico-transaccional tiene propuestas que explican la forma de interactuar entre los factores de riesgo y los factores de protección, lo cual da como resultado diferentes trayectorias del desarrollo y formas de adaptación, y que se denomina resiliencia.

El objetivo principal de **Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples** es presentar un análisis de lo que implica el desarrollo adolescente a partir de dos procesos básicos, la adaptación y la resiliencia, de los cuales se presentan sus fundamentos teóricos y metodológicos, lo que permite entender algunos de los riesgos enfrentados por los adolescentes, pero también los factores que pueden ayudarles a continuar con un desarrollo saludable, más allá de situaciones normativas en diversas poblaciones. La información se organiza en cinco capítulos que presentan reflexiones teóricas y una breve revisión del estado del arte sobre variables involucradas con la adaptación adolescente.

La obra aborda de manera profunda las variables que interactúan en el desarrollo adolescente desde una perspectiva teórica metodológica basada en la evidencia científica, por lo que va dirigida principalmente a alumnos en formación y a profesionales de la salud mental orientados al estudio de adolescentes y familias.

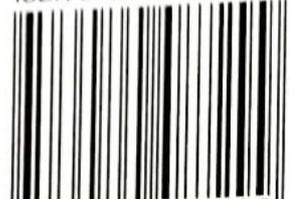


www.manualmoderno.com

Títulos afines:

- **Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia; Barcelata**
- **Una mirada existencial a la adolescencia; Almarío**
- **Fortalezas de carácter. Un guía de intervención; Niemiec**
- **Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT). Una aproximación integral de la personalidad psicopatológica; Foaich/Schlüter-Müller/Odom/Arena/Borzutzky/Schmeck**

ISBN 978-607-448-729-9



9 786074 487299