

Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas”

Facultad de Psicología



Tesis para optar por el Título de Master en Psicopedagogía.

Título: Análisis de factores moduladores de trastornos de adaptación en adolescentes.

Autor: Lic. Alain Dreke Thondike.

Tutor: Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez.

Asesores: MsC. Miguel Ojeda Vicente.

Dra. Belkis Frenis Mederos.

Santa Clara

2011

Exergo

“Es tan importante conocer la enfermedad que tiene la persona , como la persona que tiene la enfermedad. ”

L.S. Vigotsky

Dedicatoria

*A mis hijos,
Quienes me proponen la fuerza a la vitalidad cotidiana
para continuar hasta la meta final*

Agradecimientos

A mi madre por contribuir a formar la persona que soy hoy.

A mi tutor por su guía profesional.

*A todos los que estuvieron a mi lado por su ayuda
incondicional.*

*A todos los que participaron en la investigación, por
confiar en nosotros.*

Resumen

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental, de corte transversal y correlacional en una muestra intencional y no probabilística de 106 adolescentes, distribuidos en dos grupos: el de estudio y el testigo, ambos de 53 miembros de ambos sexos y pertenecientes a las Escuelas Militares “Camilo Cienfuegos” del centro del país, incluyendo a las provincias de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus y Ciego de Ávila. Se procuró que los grupos metodológicamente fueran cercanos en la mayor parte de los aspectos posibles. El grupo estudio lo conformaron alumnos diagnosticados como portadores de trastornos de adaptación y el testigo estudiantes sin antecedentes de trastornos mentales y con adecuada estabilidad emocional en el momento de la investigación. El estudio se realizó con el objetivo de determinar la influencia de las variables moduladoras (desesperanza, apoyo social, estilos de afrontamiento y características personológicas) en la aparición de trastornos de adaptación en la muestra seleccionada.

Las técnicas aplicadas fueron:

- Cuestionario de personalidad resistente (Hardineess).
- Cuestionarios de modos de afrontamiento (Lazarus y Folkman).
- Escala de la desesperanza (A. Beck y sus colaboradores).
- Cuestionario de apoyo social (Alan Vaux).

Los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS- 10 y al finalizar se realizó la integración y análisis de los resultados, las variables que más influyeron en la aparición del trastorno de adaptación fueron los sentimientos de desesperanza, el apoyo social y los estilos de afrontamiento.

Palabras Claves: desesperanza, apoyo social, estilos de afrontamiento, características de personalidad resistente, trastornos de adaptación, adolescentes.

Indice

ÍNDICE

INTRODUCCION.1

OBJETIVOS.....4

CAPITULO I: MARCO TEORICO..5

CAPITULO II: METODOLOGIA INVESTIGATIVA.28

CAPITULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS38

CONCLUSIONES49

RECOMENDACIONES50

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

Introducción

INTRODUCCIÓN.

La creciente importancia que las organizaciones internacionales otorgan a los problemas relacionados con los adolescentes y jóvenes tiene diversas justificaciones y una de ellas se relaciona con el perfil demográfico. En la actualidad se acepta que de cada cuatro personas que habitan nuestro planeta, más de una se encuentra entre los 10 y 24 años de edad. En 1985 la población joven en el mundo (15-24 años) se estimaba en 941 millones, para el 2025, la cifra estará muy próxima a los 1,38 millones, por lo que desde el punto de vista demográfico constituye un recurso de inestimable valor. En nuestros días se estima que la cifra está alrededor de los 1 500 millones lo que constituye cerca del 30% de la población mundial.

Cuba no está exenta de esta problemática y se ha interesado por el estudio de la misma, tanto es así, que se han realizado variadas investigaciones en la población infanto-juvenil desde diferentes aristas (Pérez Villar, 1988; Díaz González, 1993; Fleites, 1998; Moreno Marrero, 1998; Caballero, 2002; Peláez Mendoza, 2003, Domínguez, 2006) que han aportado importantes conocimientos acerca de estas etapas del desarrollo.

La adolescencia como etapa del desarrollo ontogenético implica importantes cambios en las relaciones sociales. Es razonable esperar que los cambios físicos y psicológicos que experimenta el adolescente repercutirán sobre las relaciones que establece en todos aquellos contextos en los que participa, como la familia, el grupo de iguales, la escuela (Domínguez, 2006)

En esta etapa de la vida comienzan a cursar Escuelas Militares un número importante de adolescentes, los cuales no siempre se adaptan a las exigencias de la vida militar causando bajas de los centros de Enseñanza Militar. La frecuencia con que esta problemática se observa nos motiva a estudiar los factores moduladores entre la adaptación y la inadaptación en adolescentes de estos centros.

En el presente estudio se explica la condicionalidad que existe entre la adaptación y la inadaptación, mediada por los factores moduladoras del trastorno adaptativo. Estas constituyen factores intermedios entre ellos, y modulan o determinan la influencia que se establece entre ambos, actuando como catalizadoras o inhibidoras de la aparición de dicho trastorno. Entre las más frecuentes se encuentran el grado de desesperanza, las características de la personalidad, el estilo de afrontamiento y el apoyo social.

La desesperanza es vista como un sistema de esquemas cognitivos, cuyo común denominador es la existencia de expectativas negativas sobre el futuro y muchos investigadores (Kobacs y Beck 1977, citados por Ramos y González, 1999) la consideran como la variable más significativa.

Dentro de los factores moduladores o mediadores psicológicos, los procesos de afrontamiento, han sido los más estudiados debido al importante papel que juegan al influir en el debut, las manifestaciones, el curso y el pronóstico de algunas patologías, donde el elemento humano desempeña un rol fundamental como es el caso del trastorno adaptativo. En este trabajo se asumen los postulados, ya clásicos (Lazarus y Folkman 1986) quienes los conceptualizan como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Estas estrategias son divididas en dos grandes grupos; el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

En la actual investigación se ofrece mayor atención a la fortaleza personal dada en tres categorías; de reto, compromiso y control.

El apoyo social también constituye una de las variables moduladoras a tener en cuenta cuando se estudia el trastorno adaptativo, entendiendo esta como los recursos sociales accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos

implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en el carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal. (Roca y Pérez 1999). En la investigación se le concede particular importancia a la satisfacción con el apoyo social asumida como el grado de bienestar vivenciado por el sujeto con relación al apoyo social recibido, es una valoración que realiza el sujeto y se refleja en un sentimiento positivo o negativo y su comportamiento influye decisivamente en el estado de salud y bienestar de los estudiantes de los centros Enseñanza Militar.

En el presente estudio se propone demostrar que no existe una relación directa de causalidad entre la adaptación y la inadaptación, sino que está mediada por los factores moduladores, actuando estos como catalizadores o inhibidores de este complejo proceso, para lo cual nos planteamos como objetivo general describir las características de los factores moduladores desesperanza, apoyo social y estilos de afrontamiento y características de personalidad resistente de los trastornos de adaptación en adolescentes que cursan estudios en centros de Enseñanza Militar del Ejército Central.

Problema científico:

¿Cómo se manifiestan los factores moduladores (desesperanza, apoyo social, estilos de afrontamiento, características de personalidad resistente) en estudiantes que portan trastornos de adaptación pertenecientes a escuelas de Enseñanza Media militar del Ejército Central?

Objetivos

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Determinar como se manifiestan los factores moduladores (desesperanza, apoyo social, estilos de afrontamiento y las características de personalidad resistente) en adolescentes con trastornos de adaptación de centros de Enseñanza Militar del Ejército Central.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las manifestaciones de los factores moduladores de trastornos de adaptación (desesperanza, apoyo social, estilos de afrontamiento, características de personalidad resistente) en estudiantes de centros de Enseñanza Militar que portan este trastorno.
- Determinar si existen semejanzas o diferencias con respecto a las manifestaciones de los factores moduladores de trastornos de adaptación y sus pares en adolescentes que cursan estudios en centros de Enseñanza Militar.

Capítulo I

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.

1.1. La adolescencia.

El mundo contemporáneo está cada vez más sensibilizado con la importancia de investigar y trabajar a favor de la no transmisión de hábitos y patrones antisociales; comunicación inadecuada en los grupos más necesitados, lo que incluye en la población infanto-juvenil. De esta población forman parte los adolescentes que como sabemos se encuentran en un período de transición entre la infancia y la juventud, ya que poseen conductas infantiles pero al mismo tiempo manifiestan en su comportamiento rasgos de la conducta asumida por los adultos, poseen además una serie de formaciones morfológicas y cualidades psíquicas, superiores a las de la etapa precedente (Torres, 2008).

La delimitación de la adolescencia como una importante etapa del ciclo vital ha pasado a ser un elemento importante en la periodización del desarrollo en los últimos años. Tanto en el ámbito educativo, sanitario, jurídico y social; esta especificación tiene connotación.

El termino adolescencia proviene del latín “adolecere” que significa crecer. El crecimiento y desarrollo del individuo constituye un todo armónico, que abarca aspectos físicos y el oleaje tanto hormonal como psicológico y social. Estos cambios son rápidos y profundos, comparables únicamente con los que ocurren en el primer año de vida, propician una sensación de asombro y desconcierto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con fines prácticos, consideran que la adolescencia comprende el período de la vida que se extiende entre los 10 y 19 años, y la juventud desde los 15 hasta los 24 años. Sin embargo esto varía según los países, entre ellos el nuestro, ya que en Cuba a los 21 años se considera que el individuo es adulto.

Es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez. Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación, para otros, es

una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres y de sueños acerca del futuro. (Gessel, 1968)

Esta caracterizada como una época de tránsito y un estado de carencia de los recursos y exigencias madurativas que debían caracterizar a las personas que han entrado en esta fase.

Esta edad ha sido descrita por muchos autores con generalizaciones deslumbrantes o al contrario la califican como una etapa de amenazas y peligros, otros la califican, especialmente en la actualidad, como una etapa especial de la vida y no necesariamente como una edad de conflictos y crisis. Tal es la posición de autores como Bankris, Donval (1991), Ramos (1995) y Rodríguez (1997), quienes enfatizan en la necesidad de priorizar la atención psicológica y social de los adolescentes.

En los Estados Unidos, Todd (1994), calificó la adolescencia como un fenómeno psico-social. Es el periodo de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto en el curso del cual, el ser humano; hombre o mujer, adquiere funciones de miembro activo de la sociedad.

La adolescencia, según Kaplan y Sadock (1991), es aquella etapa de la vida que empieza con la pubertad y termina cuando la independencia de la persona de sus padres ha alcanzado una congruencia psicológica razonable.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

Las muchachas llegan con más rapidez a este proceso de cambio que los varones. No todo los niños experimentan los cambios de la pubertad a la misma edad, unos niños maduran temprano, otros tardíamente y otro subgrupo

a una edad promedio. Los adolescentes no constituyen por tanto una población homogénea. (Palacio, 1999)

Petrovsky (1985) plantea que el adolescente necesita de confianza e independencia, aunque su vida real sea de dependencia, formula a sus padres nuevas exigencias sociales, económicas y afectivas que muchas veces son razonables y aceptadas por los adultos. Esto está debido a que el adolescente por lo general entra en contradicción entre sus aspiraciones y afán de independencia y su posición social objetiva, entre su desarrollo físico que lo sitúan en una madurez biológico e intelectual y su real madurez; porque durante años no podrá acceder a los beneficios de la adultez como autonomía, recursos económicos y sociales. En esta contradicción desarrolla peculiaridades en su autoconciencia y autovaloración en las esferas cognitiva, volitiva y especialmente en el área de la motivación.

Para Vigotsky la edad de la adolescencia se caracteriza por manifestaciones psicológicas debido a las cuales ha recibido el nombre “difícil”, “crítica” y “transitoria”. Los adolescentes se vuelven caprichosos, ya no los conforman los valores, ni las tareas y aspiraciones que constituían el sentido de su actividad en la niñez, su actitud ante estos valores es nihilista. Muchas formaciones psicológicas que eran vitalmente importantes para el escolar de menor edad desaparecen; el deseo de estudiar, de comportarse de forma disciplinada, etc. Realizan acciones “inexplicables”, con frecuencia tienen un comportamiento inadecuado y a veces pierden momentáneamente el equilibrio psíquico por ser incapaces de encontrar su lugar en las nuevas condiciones.

El rasgo fundamental del adolescente y su contradicción principal radica en que deja de satisfacerle el mundo de relaciones personales que lo ligan a su medio circundante inmediato y tratan de encontrar su lugar en un contexto más amplio de relaciones sociales. Aparecen una serie de rasgos que no son más que la expresión externa de la autoafirmación interna: la obstinación, el espíritu de independencia, el afán de contradicción, el deseo de ser admirado, la búsqueda de la emancipación de la familia y la rebeldía ante las normas establecidas (Castillo, 1995).

La adolescencia aparece como un fenómeno marcado por la cultura y por la historia; la mayor parte de las descripciones que sobre este período se han realizado valen solo para los adolescentes de nuestro tiempo y de nuestra sociedad y en ocasiones para ciertos y determinados grupos dentro de ella. Esto reclama por parte de los adultos en general y de los profesionales del área en particular una actitud de flexibilidad y de alejamiento de estereotipos mistificadores que pueden conducirle a explicaciones falseadas o descontextualizadas del comportamiento de los adolescentes (Torres, 2008).

Sin embargo podemos decir que la generalidad de los adolescentes, independientemente del medio en que se desarrollen, necesitan que se les brinde afecto, comprensión y respeto. Esta es la única forma de que este período de la vida transcurra sin convertirse en una etapa negativa y contribuya a hacerlos verdaderamente felices como personas (Domínguez, 2006).

1.2. El adolescente en los centros de Enseñanza Militar.

Los centros de Enseñanza Militar “Camilo Cienfuegos”, fueron creados por idea del General de Ejército Raúl Castro, en los mismos cursan la enseñanza media superior adolescentes seleccionados tanto por su salud física y mental como por el buen desempeño durante la primaria y secundaria.

Los adolescentes en los centros de Enseñanza Militar están sometidos a mayores exigencias que sus similares en otros centros de enseñanza media superior. Además del cumplimiento de deberes como estudiantes deben obtener resultados docentes satisfactorios para poder mantenerse en el centro, cumplir con la estricta disciplina militar y dominar a su vez otras materias teóricas y prácticas de interés militar.

La alta exigencia a que están sometidos los forma con una conducta acorde a la requerida para formar parte de la oficialidad en las Fuerzas Armadas Revolucionarias, pero a su vez, esto genera mayor tensión para el adolescente y como consecuencia no todos pueden lograr adaptarse al medio militar.

En múltiples estudios realizados en estos centros se destaca que la patología más frecuente por la que causan baja estos adolescentes resultan ser los

trastornos de adaptación, en especial por dificultades para adaptarse a las estrictas exigencias que impone la vida militar (Bosch , 2007).

1.3. El trastorno de adaptación.

El trastorno de adaptación es una reacción inadaptada a un suceso generador de estrés o circunstancias adversas que tiene lugar en los tres meses después del inicio del foco estresor. El diagnóstico de un trastorno adaptativo ha sufrido una importante evolución desde 1952 hasta la actualidad (Hales, Yudofskym Talbott, 2000).

Todo estímulo, situación o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a esfuerzos de ajustes adaptativo constituye un estresor; por ejemplo el cambio de escuela, una mudanza a otra ciudad, un conflicto o cambio laboral, una agresión, etc. (Perales, Riveira, Valdivia, 1998).

Todas las personas enfrentan sucesos estresantes en el transcurso de su vida, sin embargo no todas presentan una respuesta desadaptativa. Los profesionales de la salud tienen que atender una gran variedad de pacientes cuyos síntomas son precisamente una reacción a ciertos acontecimientos. La mayoría de estas reacciones no son graves ni prolongadas y no permiten establecer un diagnóstico psiquiátrico, pero frecuentemente son causa de intenso malestar en los individuos y ocasionalmente requieren atención médica.

La importancia etiológica de los factores de estrés no siempre es fácil de determinar. En cada caso la reacción del individuo dependerá en buena medida de factores personales. El estrés mismo no es un factor ni necesario ni suficiente para determinar el cuadro clínico, sin embargo, hay ocasiones en que la sintomatología depende de manera evidente y primaria de las condiciones del estrés. (Hales 2001). En ese caso estamos autorizados a hablar de reacciones al estrés o trastornos adaptativos. Las reacciones a acontecimientos estresantes pueden ser clasificadas en: reacciones normales al estrés, trastorno por estrés agudo (o crisis situacional), trastorno por estrés post traumático y trastornos adaptativos. En estas reacciones encontramos normalmente ansiedad, depresión y mecanismos psíquicos normales que

permiten controlar la respuesta de una manera tolerable para la persona. Los mecanismos pueden ser voluntarios (entonces los llamamos “estrategias de afrontamiento”— “coping skills”), o pueden ser involuntarios y reciben entonces el nombre de “mecanismos de defensa”. Hay diferencias en los distintos trastornos en la manera como funcionan los mecanismos de adaptación.

Por último, los trastornos adaptativos se caracterizan por síntomas emocionales y/o conductuales clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Los síntomas no son muy diferentes a los de otros trastornos como ansiedad y depresión, así como evitación de los estímulos, pero en este caso las respuestas desadaptativas se presentan de modo más gradual y los síntomas surgen con menos rapidez. Los trastornos adaptativos constituyen una de las patologías que con mayor frecuencia se presentan en la Atención Primaria y entre los pacientes hospitalizados por problemas médico-quirúrgicos. Es frecuente que los trastornos adaptativos se confundan con otros cuadros que sí pueden diagnosticarse con claridad como un episodio depresivo. Se ha sostenido que el diagnóstico de trastorno adaptativo se ha utilizado con cierta liviandad, pero también es cierto que el clínico más experimentado pueda diagnosticar un trastorno de adaptación cuando otro pueda haber utilizado el diagnóstico de episodio depresivo. Por otro lado para un paciente puede ser más fácil aceptar un diagnóstico de “reacción” a un acontecimiento que puede ser visto como algo más o menos normal, que un diagnóstico de “estado”, tal como un episodio depresivo. Muchos clínicos tienden a privilegiar entonces el diagnóstico de “adaptación” o “reacción” antes que el de estado. El debate está inacabado.

Según la clasificación diagnóstica DSM IV los trastornos adaptativos se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante externo identificable tales como pérdida del empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas familiares, económicos, laborales y sociales.

Los síntomas se presentan dentro de los tres meses siguientes al comienzo del acontecimiento estresante. Una vez desaparecido el estresor los síntomas no suelen persistir más allá de 6 meses.

Los síntomas o conductas desadaptativas se expresan clínicamente del siguiente modo:

- Malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante.
- Deterioro significativo de las actividades familiares, sociales, laborales o académicas.
- Síntomas depresivos (ánimo triste, llanto, desesperanza).
- Síntomas de ansiedad (nerviosismo, irritabilidad, temor e insomnio).
- Perturbaciones de la conducta (irresponsabilidad, agresividad).
- Quejas somáticas (dolores corporales, contracturas musculares).
- Aislamiento social (evitar salir, encerrarse en la casa o habitación).
- Bajo rendimiento laboral o académico (no poder hacer lo que hacía antes, falta de concentración y alteraciones de la memoria).
- Los síntomas no corresponden a una reacción por duelo.
- La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios para otros trastornos específicos y no constituye una exacerbación de un trastorno persistente.
- Una vez que ha cesado el estresor o sus consecuencias los síntomas, no persisten más allá de 6 meses.

Tipos de trastornos adaptativos según el DSM - IV:

- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Priman síntomas de una depresión menor, llanto, tristeza y desesperanza.
- Trastorno adaptativo con ansiedad. Presentan nerviosismo, preocupación e inquietud.
- Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- Trastorno adaptativo con trastornos del comportamiento. Se aprecian riñas, ausentismo escolar y violación de normas sociales.

- Trastorno adaptativo con alteraciones mixtas de las emociones y del comportamiento.
- Trastorno adaptativo no especificado.

Existen diferencias en el concepto de trastornos de adaptación entre las clasificaciones diagnósticas en el DSM- IV y CIE 10:

1. En relación a la respuesta en tiempo al estresor el CIE-10 exige que los síntomas se presenten durante el mes que sigue a la presencia del estresor, mientras que el DSM-IV establece que los síntomas deben presentarse en los primeros tres meses.
2. EL CIE-10 excluye los estresantes inusuales o catastróficos, mientras que el DSM-IV los incluye siempre que no cumplan los criterios diagnósticos de postraumático.
3. El CIE-10 incluye las reacciones por duelo y estas están excluidas en el DSM -IV.

Estas diferencias explican en parte la dificultad del diagnóstico y determinan la imposibilidad de hacer estudios comparativos. Se estima que el 5 al 20% de los pacientes que consultan en policlínicos externos de hospitales generales, consultorios de atención primaria y centros de salud mental comunitarios presentan un trastorno de adaptación. Muchas personas presentan el trastorno y nunca son atendidos por lo que las cifras de su expresión según el registro son muy inferiores a su expresión real (Herrera Jiménez, 2011).

Los servicios de psiquiatría de enlace de hospitales generales reportan una frecuencia de este trastorno de 20% y de 30% en pacientes con cáncer recién diagnosticado. La edad promedio de los pacientes es de 25 años y su frecuencia es mayor en mujeres y adolescentes.

Las reacciones patológicas frente al estrés dependen de varios factores:

1. Características individuales: vulnerabilidad ante las situaciones estresantes, antecedentes de patologías anteriores por estrés, baja autoestima, ausencia o escaso apoyo familiar y/o social y nivel socioeconómico bajo.

2. Características del estresor: el número, significación y la forma de presentación del evento estresante influyen en la capacidad de adaptación. Para conocer el posible impacto se han elaborado escalas de acontecimientos vitales, siendo la más conocida la Escala de Holmes y Rahe, así mismo, el enfrentamiento previo a situaciones similares y la disponibilidad de recursos personales y sociales favorecen una respuesta adaptativa al estrés.

3. En un ambiente médico progresivamente tecnologizado y con frecuencia deshumanizado resulta evidente que la enfermedad, la hospitalización y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son grandes estresores para la gran mayoría de la población. El temor al sufrimiento, a padecer una enfermedad grave, a la muerte, el riesgo de invalidez y de ser una carga para la familia son factores desencadenantes de trastornos adaptativos.

1.4. Factores moduladores de los trastornos de adaptación.

Estos constituyen factores intermedios entre la adaptación y la inadaptación y modulan o determinan la influencia que se establece entre ambos, actuando como catalizadoras o inhibidoras de la aparición del trastorno adaptativo. Entre las más frecuentes se encuentran el grado de desesperanza, las características de la personalidad resistente, el estilo de afrontamiento y el apoyo social.

1.4.1. La desesperanza y el trastorno de adaptación.

La desesperanza se define como un sistema de esquemas cognitivos cuyo denominador común es la existencia de expectativas negativas sobre el futuro.

Para Arffa (1983), citado por Ramos y González (1999), cuando un sujeto tiene un concepto de sí mismo negativo, es decir, se siente torpe, inútil e incapaz estará en peores condiciones para enfrentar y resolver las demandas de la vida cotidiana. Estas frustraciones y sentimientos negativos también lo proyectan hacia el futuro.

La desesperanza constituye un concepto que resulta ambiguo y muy subjetivo, sin embargo, en este trabajo pretendemos definirla como un sistema de esquemas cognitivos cuyo común denominador es la existencia de expectativas negativas sobre el futuro. (Beck, 1974; citado por Llorca, 1994).

La desesperanza aparece cuando los sentimientos de inutilidad e incapacidad, el pesimismo y las frustraciones del presente se extienden hacia el futuro y este aparece rodeado de una visión sombría y negativa. Esta situación tiene un efecto devastador sobre la persona pues impide la realización de sus expectativas, deseos y la convierte en víctima de la desmotivación, la incertidumbre y la desesperación.

El lenguaje popular ha resumido esta lógica de pensamiento con una conocida frase; “La esperanza es lo último que se pierde”, en la cual se enfatiza la idea de que mientras se vivencien expectativas, aún existen alternativas para la persona. Pero cuando la visión del futuro resulta negativa en extremo, cuando no se busca ninguna meta en el horizonte o no existe ninguna razón para continuar hacia delante, como resultado el sujeto claudicará y “todo está perdido” convirtiéndose la desesperanza en el factor principal para los trastornos adaptativo.

1.4.2. Los estilos de afrontamiento y el trastorno de adaptación.

Epicteto, filósofo griego, en los albores del nuevo milenio y a pesar de los significativos avances que en las últimas décadas se han producido en torno a la etiología y tratamiento del trastorno adaptativo sigue encerrando innumerables interrogantes y atrayendo la atención de legos y científicos que tratan de comprender este problema que los hombres del siglo XX legaron a sus sucesores.

Ningún evento por traumático que pueda parecer debe ser considerado aisladamente ya que este se encuentra rodeado de un gran número de factores que modifican su impacto. Entre estos factores sobresale el modo de hacer

frente y de mejorar una situación vital conocido en la literatura como doping o estilo de afrontamiento.

Muchos investigadores han estudiado el tema del afrontamiento, sin embargo en nuestra opinión, es Richard Lazarus quien mejor sintetiza los conocimientos existentes en una teoría que aunque no está exenta de posibles críticas lo consideramos el más completo y cercano a los objetivos del estudio. Este autor considera como los elementos más relevantes de su concepción teórica los conceptos de evaluación cognitiva y afrontamiento los cuales analizaremos a continuación.

En el proceso de transacción del individuo con su ambiente los efectos de los eventos psicosociales están determinados por la valoración que el mismo efectúa del estímulo. De esa forma las actividades cognitivas; percepciones evaluativas, pensamientos o inferencias, son usadas por las personas para guiar e interpretar cada intercambio con el ambiente. Una situación será vivenciada o no como estresante y se determinará que estrategias o estilos de afrontamiento deben ser utilizados en dependencia de la evaluación realizada por el individuo.

Lazarus y Folkman (1986) plantean: “el concepto de evaluación cognitiva resulta fácil de entender, si esta es considerada como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo”.

Sin embargo, la evaluación no es un momento estático, si no por el contrario, representa el carácter activo del sujeto y se manifiesta como un proceso que hace distinción en dos momentos:

- **Evaluación cognitiva primaria:** Es aquella que hace referencia a lo que hay en juego en determinada situación, en este caso el individuo enjuicia si esta es irrelevante, positiva o estresante para él, ahora o en el futuro y de que forma lo es o lo será, dividiendo las evaluaciones estresantes en evaluaciones de daños o pérdidas, amenaza y reto o desafío.

- **Evaluación cognitiva secundaria:** A través de la cual la persona evalúa los recursos y opciones de enfrentamiento, refiriéndose a los esfuerzos que debe desplegar para manejar las demandas de la situación, con independencia de los resultados en general de estos esfuerzos. Ambos tipos de evaluación interactúan entre sí determinando el grado de estrés, la intensidad y la calidad de la respuesta emocional.

El proceso de evaluación se ve influenciado por factores que matizan su naturaleza como los factores personales que incluyen las creencias y los compromisos individuales, así como los factores situacionales sobresaliendo la novedad de la situación y los elementos relacionados con el tiempo.

Se considera que la evaluación puede transformarse sobre la base de los resultados de los esfuerzos del enfrentamiento dirigidos a cambiar el entorno o el mundo interior lo cual ocasiona modificaciones en el significado del suceso o aumenta su comprensión por el cambio de la propia situación independientemente del individuo y de su actividad para enfrentarla. A este complejo proceso que puede a su vez influir en la actividad de enfrentamiento posterior se le denomina reevaluación.

Otro aspecto que destaca Lazarus y Folkman (1986) es el afrontamiento, el cual se define como: "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Este autor le imprime a esta definición un carácter dialéctico, pues concibe el afrontamiento como un proceso que mediatiza la relación entre el individuo y el entorno, que brinda al sujeto toda una serie de mecanismos y estrategias que le hacen posible adaptarse a las condiciones cambiantes del medio. Se considera el enfrentamiento como un proceso que puede expresarse a través de estilos y no como un rasgo pues representa formas más amplias, generalizadas y abarcadoras en relación a los tipos particulares de individuos;

mientras que el rasgo hace referencia a propiedades de las que dispone el individuo para aplicarlas a determinada clase de situación teniendo por tanto un espectro menos amplio.

El afrontamiento como proceso realiza dos funciones fundamentales que guardan relación con el objetivo que persigue cada estrategia:

- **El afrontamiento centrado en la emoción:** Está constituido por aquellos procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias que modifican la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente, en este caso la amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación. Este enfrentamiento tiene más posibilidades de aparecer cuando el individuo determina a partir de la evaluación realizada que la situación estresante no puede ser modificada. Esta situación es propia de estrategias como: la evitación, la minimización, el desplazamiento, la negación, la inhibición de la acción, entre otras.

- **El afrontamiento centrado en el problema:** Recoge aquellas estrategias que están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de estas alternativas en base a su costo, su beneficio, elección y aplicación. Este enfrentamiento tiene más posibilidades de aparecer cuando las condiciones amenazantes resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Esta función incluye estrategias dirigidas a modificar las presiones del ambiente y/o producir cambios motivacionales o cognitivos en el individuo.

Independientemente del estilo de afrontamiento utilizado lo importante es que el sujeto desarrolle una actitud ante los problemas y situaciones estresoras, que lo lleven a buscar, en cada caso, aquella manera de afrontar las mismas de la forma más realista de acuerdo con las demandas de ajuste que se requieran, a partir de una evaluación objetiva de la fuente de tensión y acercándose lo más posible a aquello que se ha denominado afrontamiento constructivo.

1.4.3. Las características de personalidad, su papel como factores moduladores del trastorno de adaptación.

En los momentos actuales las investigaciones sobre el estrés, la depresión y los trastornos adaptativos le conceden un papel fundamental a los factores de la variable personalidad que modulan los efectos de los eventos vitales en el individuo. En este caso nos referimos al locus de control, la autoestima o autoeficacia, la fortaleza personal, el grado de autonomía o de dependencia social y los estilos de vida saludables.

En este trabajo se propone la descripción y análisis de la variable personalidad resistente y su papel modulador en los trastornos de adaptación. La autoestima, considerada como “el juicio personal de valía expresado en las actitudes del individuo hacia si mismo constituye una experiencia subjetiva transmitida a los demás por reportes verbales o conductas manifiestas”. (Coopersmith, 1967, citado por Zaldívar, 1996). La autoestima es una variable que se encuentra mediando las interacciones del individuo con su ambiente y su expresión positiva o negativa se vincula con la capacidad del individuo para enfrentar los eventos estresantes.

Atkinson, (1990, citado por Zaldívar, 1996) plantea que las personas con una autoestima alta que se ven a si mismas con la capacidad de enfrentar una amplia gama de problemas tienen mayor capacidad para el enfrentamiento de situaciones estresoras, que aquellas personas con una autoestima baja.

Lara (1993, citada por Zaldívar, 1996) presenta un artículo acerca de la autoestima: “Las personas con alta autoestima se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, estos individuos son menos sensibles a las críticas, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia. Sin embargo aquellas con baja autoestima manifiestan sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad”.

Kuiper y Olinger (1989) también profundizaron en el tema de la relación entre la autoestima y la depresión. La idea central de su modelo es la propuesta de que son las actitudes disfuncionales o reglas excesivamente rígidas e inapropiadas para valorar su propia vida son las que convierten a las personas en vulnerables a la depresión. En este caso los individuos se tornan excesivamente rígidos y punitivos en sus valoraciones personales y se caracterizan por una intensa preocupación en lograr la aprobación de los demás y en dependencia de los resultados de este reconocimiento se desarrollarán o no los síntomas depresivos.

La dependencia social constituye una variable muy estudiada, la cual en muchas investigaciones aparece como una dimensión de la personalidad que puede predisponer al trastorno adaptativo. Las personas con estas características de vulnerabilidad buscan constantemente la aceptación y el aprecio de quienes le rodean. Cuando las necesidades de ser queridos y valorados son satisfechas queda protegida la autoestima y en consecuencia el estado de ánimo es bueno; pero si las excesivas necesidades de dependencia no son satisfechas, como inevitablemente ocurre en estos casos, se produce un sentimiento de desesperanza y frustración que los lleva a intensificar las demandas de apoyo social (Pilkones, 1988; Nietzel y Harris, 1990; citados por Buendía 1999).

El grado de control se refiere a la vivencia de control que tiene el individuo sobre la situación o evento estresor. Esta variable aumenta el grado de tolerancia al estrés, reduciendo la severidad de sus efectos negativos sobre la salud.

Según Herrera y Delgado (2008), la controlabilidad se distingue por:

- A. Encierra factores cognitivos-afectivos-volitivos que matizan el proceso de percepción valoración y emisión comportamental .En esencia la controlabilidad.
- B. Posee funciones autoperceptivas y autovalorativas donde están involucradas las creencias, actitudes, ideas, etc.

- C. Los componentes perceptual, valorativo, decisional, regulador y comportamental se presentan en una unidad donde cada uno se expresa simultáneamente e influye en el curso del otro, a través de una funcionalidad interdependiente.
- D. La controlabilidad en su carácter procesal comprende no sólo la emisión comportamental sino el proceso perceptivo inicial y las valoraciones tanto de la situación como de las potencialidades para enfrentarlas.

Rotter (1966; citado por Zaldívar, 1996) desarrolló el conocido y aceptado concepto de locus de control (lugar de control) para referirse a las atribuciones de causa que las personas hacen en relación con determinados resultados. De esa manera las personas con locus de control externo atribuyen los resultados a fuerzas externas que están fuera de su control, mientras que aquellas con un locus de control interno, establecen una relación directa entre sus comportamientos y los refuerzos que obtienen.

Roca (1999) se refiere a la relación entre el locus de control, el apoyo social y la depresión, planteando que para varios autores es el locus de control el que diferencia la capacidad y/o habilidad de cada persona a la hora de obtener beneficios del apoyo social. Las personas con locus de control interno aparecen como más beneficiadas y sus síntomas de inadaptado son reducidos cuando cuentan con el apoyo social suficiente, lo cual no ocurre en el caso de las personas con locus de control externo.

Los trabajos de Seligman (1975; citado por Zaldívar, 1996) definen la desesperanza aprendida como la creencia de que los esfuerzos de un sujeto resultan inútiles para provocar cambios deseados en el ambiente y han mostrado como estas expectativas de falta de control provoca en los sujetos trastornos como la apatía así como un déficit en distintas áreas tales como: la motivacional, cognitiva, emocional y en la autoestima.

Fortaleza personal: Otras de las características personales importantes en el estudio de los factores moduladores del estrés se encuentran la fortaleza personal, Hardineess. (Kobacs, 1982, Bagés, 1990, citados por Zaldívar, 1996).

Entre los rasgos que caracterizan esta cualidad personológica se encuentra el grado de compromiso que los sujetos asumen en sus actividades significativas; trabajo, familia, estudio y con otras personas. Es la tendencia a evaluar las dificultades como reto que ponen a prueba sus capacidades y no como una amenaza, es el sentimiento de control sobre las propias circunstancias y la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo, centrado en la acción y la búsqueda de variadas alternativas de solución posible.

Estilo de vida saludable: Según Álvarez (2001) nos referimos al modo de vida individual, es la forma de vivir las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. Las formas más difundidas para identificarlo han sido a través de la caracterización de los comportamientos de riesgos y los protectores de la salud. Entre los primeros se encuentran; el hábito de fumar, el sedentarismo, una dieta inadecuada, una conducta sexual desprotegida, mientras que en los segundos incluimos el manejo adecuado de las tensiones, la relajación, el aprovechamiento adecuado del tiempo libre, un régimen adecuado de ejercicio, sueño y distracción, así como el control y evitación de las sustancias adictivas como cafeína, nicotina, alcohol y las drogas ilícitas.

HABILIDADES SOCIALES.

En esta categoría se incluyen los recursos con que cuenta un individuo que garantizan su desempeño social. Nos referimos a las habilidades para la comunicación interpersonal, para la toma de decisiones y la solución de problemas, entre otras, las cuales han sido denominadas por Zaldívar (1996) como habilidades existenciales. De esta afirmación se deriva que los sujetos que presentan déficit en sus habilidades sociales, vistas éstas como recursos de afrontamiento, resultan más vulnerables al estrés.

1.4.4. El apoyo social y el trastorno de adaptación.

El término apoyo social en la actualidad es aceptado y ampliamente utilizado por psicólogos, médicos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales y

muchos otros profesionales. Este concepto ha incentivado una variada cantidad de investigaciones, pues ha contribuido a la integración de la gran diversidad de conceptos que expone la literatura con respecto a la relación entre los factores sociales y la enfermedad mental. Sin embargo, a su actual difusión le antecede un extenso número de investigaciones.

Desde finales del siglo XIX Durkheim (citado por Roca y Pérez, 1999) en un estudio realizado sobre el suicidio comprobó que esta conducta era más frecuente en personas con menor cantidad de lazos sociales. Observó que era mayor la frecuencia en hombres y mujeres solteras que en los casados.

Díaz-Veiga (citado por Roca y Pérez, 1999) comenta que “desde estas ideas se perfila ya el inicio de la investigación epidemiológica sobre el apoyo social, que vincula las relaciones interpersonales con la aparición de trastornos psíquicos”.

Desde los trabajos de Durkheim hasta nuestros días muchos investigadores se han interesado en el apoyo social. Sus diferentes aspectos aún son objeto de estudio por muchos profesionales y la literatura relativa al tema recoge diferentes definiciones que para su mejor comprensión se pueden agrupar según su enfoque.

Gran parte de estas conceptualizaciones refuerzan los efectos positivos sobre la salud del apoyo social en el individuo., como es la ofrecida por Gangster y Víctor (1988, citados por Bagés, 1993) para quienes el apoyo social consiste en la presencia de otros, o los recursos brindados por ellos ante, durante o después de un evento estresante. Por su parte Thoits (1986; citada por Roca y Pérez, 1999) se refiere a las funciones ejecutadas, para un individuo distresado, por otras personas importantes para él tales como: un miembro de la familia, compañeros de trabajo, parientes o vecinos.

Otro grupo importante de conceptualizaciones destacan la dimensión positiva del apoyo social, por ejemplo Bharadwaj y Wilkwning (citado por Musitu, 1993) lo definen como: “los lazos expresivos y afectivos esenciales para mantener la integridad de uno mismo y los sentimientos de solidaridad grupal”.

La connotación percibida, es decir, el componente evaluativo a la hora de definir el apoyo social es la referencia central de un importante grupo de autores donde sobresalen .Moos (citado por Musitu, 1993) quien lo define como el sentimiento subjetivo de pertenencia o de ser aceptado, querido o necesitado tanto por uno mismo como por lo que puede hacer. Además del propio Musitu (1993) quien describe el apoyo social como un proceso transaccional y simbólico de influencia mutua entre dos o más individuos que alteran consecuentemente los estados afectivos, cognitivos y comportamentales de estos. Esta interacción se produce en una red de relaciones que condiciona el tipo específico de ayuda, los estilos de interacción y el grado en que los seres humanos tienen acceso a vías de ayuda a través de otros contactos.

Todas las anteriores definiciones descritas abordan el problema desde una arista específica o responden a una concepción teórica que las limitan. Por esa razón en este trabajo asumimos como una definición operativa y más cercana a nuestro enfoque la propuesta por Roca y Pérez (1999): “Apoyo Social: Son los recursos sociales accesibles y/o disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir, tanto de forma positiva como negativa, en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal”.

La atención y amplia utilización que ha recibido el apoyo social en las últimas décadas se debe en gran medida a que este concepto pone en primer plano la significación de los factores sociales y psicológicos para la salud y el bienestar. (Roca y Pérez, 1999). Se han enunciado dos hipótesis fundamentales para explicar el papel del apoyo social, tanto en la prevención de la enfermedad, como en el fomento de la salud:

- La hipótesis amortiguadora (Buffer), enfatiza en el componente restaurador del apoyo social sobre la salud física y mental amenazada, es decir, que las redes de apoyo social efectivas amortiguan el efecto del estrés sobre el bienestar psíquico del sujeto.

- La hipótesis de los efectos principales o directos. (Main Effects). En este enfoque se enfatiza en como el apoyo social provoca efectos positivos por si mismo y no sólo como amortiguador del estrés. Esta tesis sostiene que el apoyo social siempre potenciará la salud y fomentará el bienestar con independencia de que el individuo vivencie o no el estrés.

El papel del apoyo social sobre la salud y el bienestar de las personas también deben ser analizados desde sus aspectos cuantitativos y cualitativos, es decir, desde la perspectiva estructural o la funcional:

Las medidas estructurales se centran en describir la existencia de redes o relaciones sociales y las conexiones existentes entre ellos, aquí se incluye la cantidad de contactos con la familia, los amigos y la comunidad, así como el número de miembros activos en grupos formales e informales. En resumen este enfoque ofrece indicadores de la pertenencia de un individuo a un sistema o estructura social determinada.

Las medidas funcionales tienen un carácter subjetivo, individual y se refiere a como la persona vivencia o valora el apoyo social recibido. Esta perspectiva nos permite determinar si las relaciones interpersonales de que dispone un individuo son evaluadas de forma favorable y si estas satisfacen sus necesidades. No se refieren al “apoyo social real”, sino al “apoyo social vivenciado como real”, que puede no ser el único, pero si el más efectivo para la salud y el bienestar del individuo.

Un aspecto de suma importancia para caracterizar el apoyo social es el relacionado con sus funciones. Este tópico constituye otro tema polémico para su estudio, pues los investigadores han descrito una gran variedad de tipos de apoyo social, sin que exista un acuerdo entre los mismos. Por ejemplo, Schaefer, 1982 (citado por Lazarus, 1986) distingue tres funciones o tipos diferentes:

- Apoyo emocional.

- Apoyo tangible.
- Apoyo informacional.

Musitu (1993) identifica las principales funciones del apoyo social:

- Instrumental: apoyo material.
- Emocional: sustento emocional.
- De estima: valoración, reconocimiento.
- Informativo: guiar, orientar.
- De compañía: proximidad, disposición.
- Motivacional: estimular, animar.

Thoits (1986; citada por Roca y Pérez, 1999) identifica tres funciones básicas:

- **Apoyo instrumental:** Acciones o ayuda material otorgada por otros que facilitan la realización de las responsabilidades.
- **Apoyo socioeconómico:** Demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia al grupo, subrayando lo vivencial subjetivo.
- **Apoyo informacional:** Se refiere a la comunicación de opiniones o hechos relacionados con dificultades corrientes, tales como: avisos, retroalimentación personal e información que pueda mitigar circunstancias difíciles de la vida.

Al analizar la influencia del apoyo social en las personas con trastornos adaptativos, el tema de la efectividad de la fuente se convierte en un aspecto medular, pues estos casos son los que más vivencian los problemas relacionados con el acceso y la disponibilidad a redes de apoyo.

La mayoría de los autores especializados en este tema afirman que las fuentes o sistemas de apoyo efectivas son aquellas que reúnen condiciones básicas como: ser accesibles, aceptadas y posiblemente valoradas por la persona necesitada, que sea competente en su función, conocedora de las reales posibilidades del individuo y capacitada para ofrecer lo que realmente se espera de ella.

El primer requisito para acceder a una red de apoyo social es que esta exista objetivamente, también resulta importante que la misma sea accesible al individuo. Por ejemplo, para un paciente con trastornos afectivos puede existir una consulta especializada, grupos de ayuda e instituciones médicas, pero si el individuo no puede acceder a ella, esto sería equivalente a su no existencia. En este sentido resulta fundamental que el individuo perciba a la red como capaz de dar respuesta a sus necesidades y la acepte como tal. Puede darse el caso en que exista una red diseñada y con potencialidades para brindar apoyo pero si el individuo no la acepta no recibirá como consecuencias los efectos beneficiosos que ésta le puede brindar. En caso de que exista la red, esta sea accesible y además aceptada, entonces es necesario valorar la competencia del sistema de apoyo, es decir, si es capaz de cumplir los objetivos para los cuales fue creada. En este caso no basta con la intención de ayuda, también resulta imprescindible que la red esté capacitada para hacerlo en el contexto de la problemática concreta que enfrenta el individuo.

Cuando una fuente cumple los requisitos anteriores, entonces debe analizarse la disposición de la red para brindar apoyo y por último si logra o no la satisfacción personal. Esto se refiere al grado de valoración que realiza el individuo de la ayuda recibida y en términos subjetivos es la medida más importante para determinar su efectividad.

En resumen, el apoyo social puede verse seriamente afectado ante la presencia de trastorno adaptativo, perdiendo su significación en la determinación de la salud y el bienestar de la persona, en este caso se pierde la posibilidad de acceder a las redes de apoyo o éstas no facilitan el estado de satisfacción personal. Esta relación se produce de forma dinámica y bidireccional, pues la aparición de los trastornos de adaptación es favorecida cuando el apoyo social se encuentra afectado. El apoyo social deficiente tanto en el contexto familiar, escolar, como laboral puede influir marcadamente en la aparición y curso de un trastorno de adaptación (Sue, 2010).

La aparición de los trastornos de adaptación en el contexto de las Escuelas Militares están relacionados con acontecimientos como:

- El cambio de enseñanza con régimen externo a la modalidad de interno o becario.
- La mayor exigencia en las Escuelas Militares con relación a las de similares centros de Enseñanza Media, lo cual esta dado por el mantenimiento de un índice académico por encima de 85 puntos para permanecer en el centro, las exigencias de la disciplina militar, la introducción de nuevas asignaturas militares en el orden teórico – práctico, así como la preparación física que deben cumplir estos estudiantes.

Capítulo II

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA INVESTIGATIVA

MATERIAL Y MÉTODO.

2.1. Descripción de la muestra.

El universo de trabajo de la presente investigación estuvo compuesto por un total de 106 adolescentes, distribuidos en dos grupos: el testigo y el de estudio. El primero consta de 53 adolescentes provenientes de las escuelas militares “Camilo Cienfuegos” del centro del país, incluyendo a las provincias de Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spíritus y Ciego de Ávila, sin antecedentes de tratamiento alguno por psicología y psiquiatría. El grupo estudio se conformó de 53 adolescentes diagnosticados con trastornos de adaptación pertenecientes a los mismos centros, cumpliendo con los criterios diagnósticos de este trastorno.

Se conformó una muestra intencional y no probabilística. El tipo de muestra escogida obedece a que la elección de los elementos responde a la intención del investigador, más que a razones probabilísticas, es decir, acorde a los propósitos de los objetivos trazados en la investigación, de aquí que solo las personas que cumplen determinados parámetros son incluidas directamente en el estudio.

Se buscó que los grupos metodológicamente fueran cercanos en la mayoría de los aspectos posibles.

Con el propósito de aumentar la validez de nuestro estudio, se realizó la homogenización de la muestra en las variables siguientes: sexo, edad, grado que cursa y provincia de procedencia.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

Tabla 1

Variables Sociodemográficas.		Cantidad.	Por ciento.
Sexo	Femenino	72	67.9%
	Masculino	34	32.1%
Edad	14-15	37	34.9%
	16-17	36	33.9%
	18-19	33	31.1%
Grado que cursa	Décimo	37	34.9%
	Decimoprimer	36	33.9%
	Decimosegundo	33	31.1%
Provincia de procedencia	Villa Clara	31	29,2%
	S.Spíritus	22	20,7%
	Cienfuegos	32	30,1%
	Ciego de Ávila	21	19,8%

Fuente: Investigación.

La muestra seleccionada debía cumplir los requisitos siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Para la selección de ambos grupos fue necesario establecer los siguientes requisitos:

1. Estudiantes de centros de Enseñanza Militar, de las escuelas “Camilo Cienfuegos” del centro del país, sin trastornos adaptativos, que no han tenido antecedentes personales de tratamiento por psicología o psiquiatría (para el grupo testigo).

2. Estar dispensarizados como estudiantes de las escuelas militares “Camilo Cienfuegos” con trastornos adaptativos (grupo estudio). Para ello deben constar con historia clínica en el Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”.
3. Que el diagnóstico sea confirmado por la Discusión Colectiva y la Comisión de Peritaje Medico Militar.
4. Que el diagnóstico halla sido expresado a través de las categorías comprendidas en el capítulo F43.2 Trastornos de adaptación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. (CIE-10, 1987).
5. Que el estudiante realice por escrito su consentimiento a participar en la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Adolescentes donde los trastornos de adaptación se asocien con otras patologías psiquiátricas.

CRITERIOS DE SALIDA:

1. Adolescentes que no desearan continuar la investigación.

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se clasifica como un estudio cuasiexperimental, de corte transversal y correlacional.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Clasificación	Escala
Estilo de afrontamiento	Cualitativa Nominal Dicotómico	Centrado en el problema
		Centrado en la emoción
Personalidad resistente	Cualitativa Nominal Politómica	Reto
		Responsabilidad
		Control
Apoyo social	Cualitativa Nominal Politómica	Apoyo emocional
		Sociabilidad
		Consejo-guía
		Ayuda económica
		Ayuda práctica
Desesperanza	Cualitativa Nominal Dicotómico	Riesgo
		No riesgo

PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

Se comparó cada ítem de las pruebas aplicadas en ambos grupos mediante la prueba de asociación (Chi-cuadrado). Se consideró una diferencia significativa entre los grupos con respecto a cada variable cuando el valor de probabilidad (p) asociado a la prueba fue menor que 0.05.

Con la variable personalidad se procedió a calcular la frecuencia relativa con la finalidad de conocer cuáles de sus indicadores tienen mayor determinación en cada grupo.

Al finalizar se realizó la integración y análisis de los resultados, los cuales fueron introducidos en tablas que permitieran arribar a conclusiones y recomendaciones.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE. (Hardiness).

Esta técnica fue creada por Kobacs y sus colaboradores. Su objetivo fundamental es evaluar la presencia de rasgos de fortaleza personal, entre los cuales sobresalen el grado de compromiso que los sujetos asumen en sus actividades significativas; trabajo, familia, estudio y con otras personas, la tendencia a evaluar las dificultades como reto que ponen a prueba sus capacidades y no como una amenaza y el sentimiento de control sobre las propias circunstancias, así como la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo centrado en la acción y la búsqueda de variadas alternativas de solución posible.

La técnica consta de 15 preguntas que puntúan de 0 a 3 en función del grado de acuerdo que se tenga con la afirmación. Como resultado se obtiene una clasificación de personalidad de reto, de responsabilidad o de control.

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO.

Elaborada por Lazarus y Folkman en 1984. Consta de 33 ítems que responden a las posibles formas de actuar ante una situación estresante cotidiana. Los ítems se distribuyen en 8 factores que se corresponden con las estrategias para el afrontamiento al estrés según estos autores; correspondiendo a:

- 1- Confrontación.

- 2- Distanciamiento.
- 3- Autocontrol.
- 4- Búsqueda de Apoyo Social.
- 5- Aceptación de la responsabilidad.
- 6- Huída- Evitación.
- 7- Planificación.
- 8- Reevaluación Positiva.

A su vez estos factores conforman dos estilos fundamentales de afrontamiento el constructivo y el evitativo, específicamente en esta investigación los definimos como estilo de afrontamiento centrado en el problema y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (SS-R).

El cuestionario fue creado por Alan Vaux, ofrece valiosa información sobre las características de las redes y las relaciones personales, el nivel de satisfacción del sujeto con cada una de las funciones del apoyo social.

La satisfacción es evaluada como un indicador subjetivo del impacto del apoyo social recibido.

ESCALA DE LA DESESPERANZA. H.S. (Hopelessness Scale).

La técnica fue creada por A. Beck y sus colaboradores en 1974. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que el sujeto tiene sobre sí mismo y su futuro. Son juicios del tipo verdadero (V) o falso (F), de los cuales 9 tienen la clave de falso y 11 la de verdadero. Se le asigna a cada respuesta la puntuación de 0 a 1, según coincidan o no con la clave.

Según su creador esta escala presenta una fiabilidad de 0,93 y demuestra su validez concurrente y conceptual.

En esta investigación se utilizó con el objetivo de comparar sus resultados medidos en sujetos sin trastorno de adaptación y con trastorno de adaptación para comprobar las posibles diferencias en relación con la presencia y manifestaciones de este en ambos grupos.

DEFINICIONES OPERACIONALES.

- **TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN:** Según la CIE-10 se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación o una mezcla de todas ellas; sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del como se lleva a cabo la rutina diaria.

- **VARIABLES MODULADORAS:** Constituyen factores intermedios entre la adaptación y el trastorno de adaptación, los cuales modulan o determinan la influencia que se establece entre ambos., actuando como catalizadores o inhibidores de la aparición del trastorno de adaptación en adolescentes.

Entre las más frecuentes se encuentran el grado de desesperanza, las características de la personalidad, el estilo de afrontamiento y el apoyo social.

- **DESESPERANZA:** Se conceptualiza como un sistema de esquemas cognitivos cuyo común denominador es la existencia de expectativas negativas sobre el futuro.

- **CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD RESISTENTE:** Se refiere a las variables de personalidad que presentan un papel significativo en la relación adaptación - inadaptación, utilizando en esta investigación, la personalidad resistente dado en tres categorías; de reto, compromiso y control.

- **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:** Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

- **Afrontamiento centrado en el problema:** Es aquel dirigido a manipular o alterar el problema mediante estrategias dirigidas a la definición del mismo, a la búsqueda de soluciones alternativas, elección – aplicación y a la consideración de esta en base a su costo-beneficio. Incluye estrategias dirigidas a modificar las presiones del ambiente y/o producir cambios motivacionales y cognitivos en el sujeto.

- **Afrontamiento centrado en la emoción:** Constituido por aquellos procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, incluye estrategias que modifican la forma en que vive la situación sin cambiarla objetivamente, es decir, la amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación.

- **APOYO SOCIAL:** Recursos sociales accesibles y/o disponibles a una persona encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales, que pueden influir tanto de forma positiva, como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en el proceso. Su característica distintiva radica en el carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal.

- **SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL:** Es el grado de bienestar vivenciado por el sujeto con relación al apoyo social recibido, es una

valoración que realiza el sujeto y se refleja en un sentimiento positivo o negativo.

PROCEDIMIENTO

Se realizó el estudio de enero a diciembre del 2010. Para su realización se dividió la misma en varias etapas:

- **ETAPA 1:** Selección de la muestra.
- **ETAPA 2:** Aplicación de los instrumentos y recogida de la información.
- **ETAPA 3:** Procesamiento de los datos obtenidos. Análisis e interpretación.

ETAPA # 1: La muestra se seleccionó con el objetivo de conformar dos grupos:

Grupo #1 (Testigo): Constituido por estudiantes de centros de Enseñanza Militar sin trastornos adaptativos.

Grupo #2 (Estudio): Constituido por estudiantes de centros de Enseñanza Militar con trastornos adaptativos.

Para conformar ambos grupos se revisaron las historias clínicas buscando coincidencia entre la Discusión Colectiva y la Comisión de Peritaje Médico Militar, así como el empleo de las categorías establecidas por el CIE-10.

La investigación se realizó bajo los criterios éticos para la conservación de la integridad física y psíquica de los participantes. Se contó con la voluntariedad de los alumnos los cuales firmaron una carta de consentimiento informado (Anexo 1).

ETAPA # 2: Se aplicó en ambos grupos una batería de pruebas que incluyó:

- Escala de desesperanza (Anexo: 2)
- Cuestionario de modos de afrontamientos de R. Lazarus y Folkman. (Anexo: 3)
- Cuestionario de apoyo social (SS-R) de A Vaux. (Anexo: 4)
- Cuestionario de características de personalidad resistente. (Anexo: 5)

La aplicación se realizó siempre de forma individual a estudiantes de centros de Enseñanza Militar ubicados dentro del territorio del Ejército Central. Se les ofreció las condiciones de privacidad y tranquilidad necesarias. Las técnicas se aplicaron en varias sesiones, utilizando las consultas externas del Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Estas consultas se realizaron con una frecuencia semanal y se distribuyeron las técnicas en varias sesiones para evitar el cansancio y la fatiga en estos pacientes, que por sus características tienden a este tipo de reacción.

ETAPA # 3: En la última etapa de la investigación se procedió al análisis e interpretación de la información obtenida, para lo cual los resultados se recogieron en una base de datos conformada para estos fines y posteriormente se realizó el análisis del comportamiento de las diferentes variables medidas en cada técnica. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se realizó bajo los criterios éticos para la conservación de la integridad física y psíquica de los participantes. Se contó con la voluntariedad de los alumnos, los cuales firmaron una carta de consentimiento informado.

Capítulo III

CAPITULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL GRUPO DE ESTUDIO.

Las variables sociodemográficas en el grupo estudio se comportaron de la siguiente forma; 36 (67.9%) pertenecen al sexo masculino y 17 (32.1%) al femenino. Este resultado expresa el predominio que existe del sexo masculino en los centros de Enseñanza Militar.

Con relación a la edad el grupo etáreo comprendido entre los 14 y 15 años fue el más afectado con 16 casos para un 30.2%, seguido del grupo de 16 a 17 años con 12 casos (22,6%) y el de 18 a 19 años con 10 estudiantes que representa el 18,9%. De aquí se deduce que la etapa de comienzo en los centros de Enseñanza Militar resulta ser la de mayor incidencia, lo cual se corresponde con el período en que se produce el cambio de la vida civil a la vida militar.

Expresión clara de lo anterior lo aporta el predominio del décimo grado de escolaridad con 16 casos para un 30.2%.

PERSONALIDAD RESISTENTE.

Tabla 2: Comportamiento de la personalidad resistente según grupos

Personalidad Resistente	Grupo				Total	
	Testigo		Estudio			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sin definir	9	16.9	18	33.9	27	25.5
Reto	1	1.9	2	3.8	3	2.8
Compromiso	28	52.8	23	43.4	51	48.1
Control	15	28.3	10	18.9	25	23.6
Total	53	100	53	100	106	100

p =0.185

Fuente: Investigación

En este caso se demuestra que no existen diferencias significativas de esta variable en ambos grupos ($p = 0.185$). Ninguno de los tres tipos de personalidad (reto, compromiso y control) lograron diferencias notables entre si. A partir de lo cual podemos considerar que la personalidad resistente no tiene una relación causal directa en la aparición del trastorno de adaptación.

En ambos grupos primó el estilo de personalidad de compromiso (estudio 43.4% y grupo testigo 52.8%), seguida de la personalidad de control (estudio 18.9% y grupo testigo 8.3%) y con valores muy bajos la personalidad de reto en ambos grupos (estudio 3.8% y testigo 1.9%). Estudios anteriores consideran a la personalidad resistente un importante factor de protección para prevenir el estrés y los trastornos de adaptación (Zaldivar, 1996), sin embargo consideramos que es una variable que se afecta tanto para el personal adaptado como el que sufre de trastornos de adaptación.

Variable: Personalidad Resistente.

Tabla 3, 4 y 5: Distribución de frecuencia

Reto						
Valor	Frecuencia Absoluta		Frecuencia Relativa		Acumulada	
	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2
2	-	2	-	3.8	-	3.8
3	1	3	1.9	5.7	1.9	9.4
4	6	3	11.3	5.7	13.2	15.1
5	7	16	13.2	30.2	26.4	45.3
6	13	13	24.5	24.5	50.9	69.8
7	11	7	20.8	13.2	71.7	83.0
8	11	7	20.8	13.2	92.5	96.2
9	4	2	7.5	3.8	100.0	100.0
Total	53	53	100.0	100.0		

Fuente: Investigación

Compromiso						
Valor	Frecuencia Absoluta		Frecuencia Relativa		Acumulada	
	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2
4	1	2	1.9	3.8	1.9	3.8
5	-	2	-	3.8	-	7.5
6	5	7	9.4	13.2	11.3	20.8
7	7	10	13.2	18.9	24.5	39.6
8	7	13	13.2	24.5	37.7	64.2
9	11	11	20.8	20.8	58.5	84.9
10	11	6	20.8	11.3	79.2	96.2
11	8	1	15.1	1.9	94.3	98.1
12	3	1	5.7	1.9	100.0	100.0
Total	53	53	100.0	100.0		

Fuente: Investigación

Control						
Valor	Frecuencia Absoluta		Frecuencia Relativa		Acumulada	
	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2	Grupo-1	Grupo-2
	-	1	-	1.9	-	1.9
5	3	3	5.7	5.7	5.7	7.5
6	4	8	7.5	15.1	13.2	22.6
7	8	7	15.1	13.2	28.3	35.8
8	8	10	15.1	18.9	43.4	54.7
9	11	11	20.8	20.8	64.2	75.5
10	7	6	13.2	11.3	77.4	86.8
11	5	6	9.4	11.3	86.8	98.1
12	4	1	7.5	1.9	94.3	100.0
13	2	-	3.8	-	98.1	-
	1	-	1.9	-	100.0	-
Total	53	53	100.0	100.0		

Fuente: Investigación.

Con respecto a la variable personalidad resistente resultó no significativa ($p = 0.185$) en la prueba de significación Chi cuadrada (χ^2), por tanto se realizó la distribución de frecuencia de esta variable. La frecuencia de ocurrencia en cuanto a la personalidad de reto fue mayor en los valores 5, 6, 7 y 8, por lo que podemos afirmar que no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

La frecuencia de ocurrencia en cuanto a la personalidad de compromiso fue ligeramente mayor en el grupo testigo, pues prevalecieron los valores 9, 10, 11 a diferencia del grupo de estudio con mayor ocurrencia en los valores 8, 9 y 10.

La frecuencia de ocurrencia en cuanto a la personalidad control fue mayor en los valores 6, 7, 8 y 9 manteniendo frecuencias semejantes en ambos grupos, por lo cual esta variable tampoco resultó significativa.

ANÁLISIS DE LA VARIABLE DESESPERANZA.

Tabla 6: Comportamiento de la desesperanza según grupos.

Desesperanza.	Grupo				Total	
	Testigo		Estudio			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No Riesgo	50	94.3	25	47.2	75	70.8
Riesgo	3	5.7	28	52.8	31	29.2
Total	53	100	53	100	106	100

$p = 0.000$

Fuente: Investigación

Los datos obtenidos en el análisis de la variable desesperanza demuestran diferencias significativas entre ambos grupos $p = 0.000$. Con relación al grupo testigo, solo 3 personas, para un 5.7% presentaron riesgo de desesperanza y un número de 50 alumnos para un 94.3% clasificaron sin riesgo. En el grupo de estudio la situación fue diferente puesto que, 28

alumnos, para un 52.8% clasificaron como riesgo de desesperanza y los 25 restantes sin riesgo.

La variable desesperanza fue altamente significativa $p = 0.000$. Esto evidencia que existen notables diferencias en su comportamiento en ambos grupos y ubica a la desesperanza como una de las categorías que más influye en la aparición de los trastornos de adaptación. Este resultado coincide con estudios anteriores que sitúan a esta variable como la más comprometida en la aparición de dichos trastornos. (Beck, 1974; Beck y Rush, 1978; Kovacs, 1979, Weissman, Lester y Trexler, 1974; Steer, 1988; Murphy, 1984; Drake y Cottom, 1986; citados por Ramos y González, 1999).

ANÁLISIS DE LA VARIABLE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

Tabla 7: Comportamiento de los estilos de afrontamiento según grupos.

Estilos de afrontamiento	Grupo				Total	
	Testigo		Estudio			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Centrado en el problema	20	37.7	2	3.8	22	20.8
Centrado en la Emoción	33	62.3	51	96.2	84	79.2
Total	53	100	53	100	106	100

$p = 0.000$

Fuente: Investigación

Con respecto a los estilos de afrontamiento podemos observar que en ambos grupos predominó el afrontamiento centrado en la emoción, sin embargo, es importante señalar que en el grupo de estudio el número de alumnos donde prima el afrontamiento centrado en la emoción es mayor; 51 adolescentes para un 96.2%, por 33 alumnos del grupo testigo,

representando un 62.3%. La variable estilos de afrontamiento tuvo un alto nivel de significación ($p = 0.000$), evidenciando su influencia en la aparición de los trastornos de adaptación.

Los estilos de afrontamiento centrado en la emoción limitan la posibilidad de solución efectiva de los problemas de la vida cotidiana generadores de estrés, ya que el sujeto no vuelca sus acciones en función de encontrar vías directas de solución sino que utiliza todos sus recursos en disminuir el grado de trastorno emocional sin cambiar objetivamente la situación. En los alumnos con trastornos de adaptación son frecuentes las manifestaciones depresivas por lo que adquieren una opinión pesimista de si mismo, del futuro y del mundo, así lo describe Beck.

Como resultado de esta situación el propósito de intentar cambiar el significado de la situación estresante se frustra y los sujetos sólo consiguen aumentar o agudizar los efectos negativos, profundizando la vivencia de poco control, la evaluación de la situación como desbordante de sus recursos, la baja autoestima, la carencia de apoyo y la desesperanza.

Por los resultados obtenidos se puede afirmar que mientras más prevalezcan los estilos de afrontamiento centrado en la emoción más probabilidades tendrán los alumnos de sufrir un trastorno de adaptación.

Tabla 8: Categorías de estilos de afrontamiento.

Categorías de Estilos de Afrontamiento.	Grupo			
	Testigo		Estudio	
	Frec.	%	Frec.	%

Confrontación	241	10.7	141	5.4
Autocontrol	291	12.6	225	8.7
Distanciamiento	247	10.7	284	10.9
Búsqueda de apoyo social	218	9.5	197	7.6
Aceptación de la responsabilidad	186	8.1	211	8.1
Huída-evitación	245	10.7	539	20.8
Planificación	444	19.3	511	19.7
Reevaluación	425	18.5	487	18.8
Total	2297	100	2595	100

p =0.000

Fuente: Investigación

Las categorías de estilos de afrontamiento que primaron en el grupo testigo fueron planificación (19.3%), reevaluación (18.5%) y autocontrol (12.6%). En el grupo estudio prevalecieron huída- evitación (20.8%), planificación (19.7%) y reevaluación (18.8%). De forma general podemos afirmar que en la muestra estudiada, tanto en el grupo estudio como el testigo predominan las categorías perteneciente al estilo de afrontamiento centrado en la emoción, lo cual puede ser explicado por la etapa del desarrollo psíquico en que se encuentran los adolescentes en sentido general. Es importante señalar que haciendo un análisis comparativo de las principales categorías del afrontamiento centrado en la emoción (huída- evitación, autocontrol, distanciamiento y reevaluación) se evidencia que en el grupo estudio los valores son notablemente más elevados, lo cual demuestra que estas variables juegan una influencia significativa ($p =0.000$) en la aparición de los trastornos de adaptación.

Consideramos que los adolescentes con trastornos de adaptación han recorrido un camino caracterizado por la huida y evitación de las situaciones generadoras de estrés, a los cuales suman esfuerzos para distanciarse o separarse de aquellos problemas que evalúan como

desbordantes de sus recursos y apuestan frecuentemente por intentar regular sus propios sentimientos y crear un significado positivo o alterado de la situación.

Estos estilos se caracterizan por no propiciar una actitud activa y solucionadora ante los problemas, sino una tendencia a la interiorización del conflicto, el cual se trata de solucionar modificando su significado emocional, favoreciendo la pasividad, la desmotivación, pesimismo, frustración e inutilidad, afectando seriamente la estabilidad psicológica del individuo y facilitando de ese modo la aparición de los trastornos de adaptación.

ANÁLISIS DE LA CATEGORÍA APOYO SOCIAL.

La categoría apoyo social fue analizada a través de sus cinco variables fundamentales que son: apoyo emocional, apoyo social, ayuda práctica, ayuda económica y consejo-guía. A continuación pasamos al análisis del comportamiento de cada una de estas.

Tabla 9: Comportamiento del apoyo emocional por grupo.

Apoyo Emocional	Grupo				Total	
	Testigo		Estudio			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bajo (1-2)	12	22.6	37	69.8	49	46.2
Medio (3)	33	62.3	15	28.3	48	45.3
Alto (4-5)	8	15.1	1	1.9	9	8.5
Total	53	100	53	100	106	100

$p = 0.000$

Fuente: Investigación.

Con relación a la satisfacción del el apoyo emocional en el grupo testigo predomina el nivel medio (62.3%), mientras que en el grupo estudio

priman los niveles bajos (69.8%). Este comportamiento nos permite afirmar que en el grupo de los alumnos con trastornos de adaptación el apoyo emocional recibido es mínimo, es decir, tienen escasas relaciones con quienes se sienten confiados y capaces de compartir sus sentimientos personales, aunque esta situación puede ser el resultado de una vivencia muy particular del sujeto dada por su estado depresivo, pesimista, evitativo y desmotivado, lo cual le genera una percepción deformada del apoyo emocional recibido. Estos resultados coinciden con los propuestos por Thoits; (citada por Roca, 1999) quien plantea que el apoyo emocional potencia la autoestima, las sensaciones de control y le facilita al individuo de manera indirecta la puesta en marcha de sus estrategias de afrontamiento, proceso que se ve seriamente afectado en los sujetos de la muestra estudiada. Otros importantes investigadores como Howirtz y Ravizza (2000) confirman en sus estudios que los sujetos con manifestaciones del nivel neurótico necesitan con más intensidad el apoyo emocional-valorativo.

Por las razones antes mencionadas, los sujetos con trastornos de adaptación, experimentan carencia o dificultades con relación al apoyo emocional recibido. Esta variable influye significativamente ($p = 0.000$) en la aparición de estos trastornos.

Tabla 10: Comportamiento de la variable sociabilidad según grupo.

Sociabilidad	Grupo				Total	
	Testigo		Estudio			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Bajo (1-2)	2	3.8	30	56.6	32	30.1
Medio (3)	18	33.9	22	41.5	40	37.7
Alto (4-5)	33	62.3	1	1.9	34	32.0
Total	53	100	53	100	106	100

$p = 0.000$

Fuente: Investigación.

En el grupo testigo priman los niveles altos de sociabilidad con 62.3%, mientras que en el grupo estudio predominan los niveles bajo (56.6%). A través de estos resultados podemos inferir que tenían pocas personas a las cuales visitar y con las que compartir. Esta variable influye significativamente ($p = 0.000$) en la aparición de los trastornos de adaptación.

Tabla 11: Comportamiento de la variable satisfacción con el apoyo social para la ayuda práctica por grupos.

SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL.		Grupo			
		Testigo		Estudio	
		Frec.	%	Frec.	%
Ayuda práctica.	Bajo (0-1)	2	3.8	29	54.7
	Medio (2-3)	26	49.0	24	45.3
	Alto (4-5)	25	47.02	0	0
Total		53	100	53	100

$p = 0.000$

Fuente: Investigación

La satisfacción con la ayuda práctica mostró un predominio en el grupo testigo con niveles altos de satisfacción de un 47.02%, lo opuesto se observó en el grupo estudio (54.7%).

Tabla 12: Comportamiento de la variable satisfacción con el apoyo social para la ayuda económica por grupos.

	Grupo
--	-------

		Testigo		Estudio	
		Frec.	%	Frec.	%
Ayuda económica	Bajo (0-1)	2	3.8	29	54.7
	Medio (2-3)	23	43.4	24	45.3
	Alto (4-5)	28	52.8	0	0
Total		53	100	53	100

p=0. 000

Fuente: Investigación

La satisfacción con la ayuda económica recibida también mostró una relación significativa con los trastornos de adaptación, encontrando un predominio de la ayuda económica de nivel bajo en el grupo estudio (54.7%) y alto en el grupo testigo (52.8 %).

Tabla 13: Comportamiento de la variable satisfacción con el apoyo social para el consejo guía por grupos.

SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL.		Grupo			
		Testigo		Estudio	
		Frec.	%	Frec.	%
Consejo-guía	Bajo (0-1)	5	9.8	31	58.5
	Medio (2-3)	23	43.4	22	41.5
	Alto (4-5)	25	47.2	0	0
Total		53	100	53	100

p =0. 000

Fuente: Investigación

La satisfacción con la categoría consejo guía se comportó en niveles altos en el grupo testigo y bajos para el grupo estudio. Esta categoría expresó diferencias significativas entre ambos grupos evidenciando que a los adolescentes con trastornos de adaptación le es más difícil encontrar confidentes con quienes compartir, pedir consejos, información o hablar cuando se sienten inseguros, lo cual contribuye a agudizar los sentimientos de soledad, aislamiento y pensamientos negativos. Lo anterior coincide con lo planteado por Roca y Pérez (1999).

Este resultado corrobora lo planteado anteriormente, pues estos estudiantes entre sus características de personalidad carecen de rasgos como la sociabilidad, la asertividad, las habilidades para intimar y para ser

empáticos. Con frecuencia son víctimas de la irritabilidad, la amargura, la apatía, lo cual los lleva al aislamiento, la soledad y a obtener muy pocos beneficios del apoyo social.

Las variables incluidas en la categoría apoyo social tienen grados de relevancia diferentes entre ellas, siendo la sociabilidad la que mayor influencia tiene en la determinación del apoyo social, le sigue en importancia el apoyo emocional, la ayuda práctica, el consejo guía y por último la ayuda económica o financiera.

La variable sociabilidad presenta el mayor porcentaje (50.5%) dentro de los componentes del apoyo social. Su papel es tan definitorio que abarca la mitad del significado que tiene esta dentro de la variable apoyo social. La misma presenta diferencias notables entre ambos grupos y es altamente significativa, por lo que corrobora el papel del apoyo social como variable determinante en la causalidad de los trastornos de adaptación. (Martínez Brito, 2007).

Las variables que más se relacionaron con los trastornos de adaptación fueron: la desesperanza, el afrontamiento y el apoyo social las cuales arrojaron niveles muy altos de significación ($p = 0.000$).

En el caso de la variable desesperanza los alumnos del grupo estudio expresaron con mayor fuerza la vivencia de pérdida de alternativas, opciones y manifestaron expectativas negativas sobre el futuro.

Los resultados del presente estudio corroboran los obtenidos en investigaciones anteriores (Beck, citado por Ramos y González; Guibert y Del Cueto, 2003; Horwitz y Ravizza, 2000).

Entre las categorías del estilo de afrontamiento que predominaron en el grupo de estudio se encuentran la huida- evitación, planificación, reevaluación, distanciamiento y autocontrol, fundamentalmente dirigidas a

disminuir el grado de trastorno emocional, intentando modificar la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente. Como resultado en este grupo predomina un estilo evitativo que no propicia una actitud activa ante los problemas, sino una tendencia a la interiorización del conflicto, favoreciendo la pasividad, el pesimismo y la frustración que conlleva a la aparición de los trastornos de adaptación.

En el presente estudio la variable personalidad resistente fue la que menos influyó en la aparición de los trastorno de adaptación. Esta categoría no mostró diferencias notables entre ambos grupos por lo que no fue significativa ($p = 0.185$). En este caso ninguno de los tipos de personalidad resistente (reto, compromiso y control) lograron diferencias notables entre sí.

En ambos grupos los patrones de personalidad resistente se comportaron de forma semejante, por lo que no podemos considerarla como una variable con un papel determinante a pesar de que se ha demostrado que constituye un importante factor de protección para la prevención del estrés (Zaldívar, 1998).

A modo de resumen podemos concluir que las variables que más influyeron en la aparición de los trastorno de adaptación fueron los sentimientos de desesperanza, el apoyo social y los estilos de afrontamiento. En el estudio la variable personalidad resistente fue la que menos influyó, demostrando que la misma no tiene una relación causal directa con la aparición de los trastornos de adaptación.

Desde el punto de vista psicopedagógico los trastornos de adaptación en las Escuelas Militares, una vez que aparecen, causan disminución del rendimiento académico, incumplimiento de la disciplina y preparación militar, así como bajas del centro.

Atendiendo a las consecuencias negativas para el adolescente, la familia y la escuela que revisten los trastornos de adaptación se considera de gran

importancia la preparación del personal de las Escuelas Militares y sus directivos para contribuir a la prevención de dichos trastornos, partiendo de las peculiaridades que tiene la Enseñanza Militar, conocer que la adolescencia es una etapa especial de la vida del educando, un período de transición entre la niñez y la adultez en la que hay que prestar especial atención a las individualidades de los alumnos e identificar las posibles fuentes generadoras de tensión, como son:

- El sistema adaptativo en que el adolescente sostiene su autoestima.
- Demandas particulares de este período desde el punto de vista biológico (impulsos sexuales surgidos desde la pubertad) y sociales (preparación para una carrera, relaciones de convivencia).
- Reacción ante los cambios físicos de la pubertad.
- Rendimiento escolar como un indicador del funcionamiento general del adolescente y su capacidad de canalizar la energía de forma constructiva y planificar las futuras responsabilidades.
- Muestras de rebeldía frente a pautas familiares, escolares y del grupo.

Conclusiones

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en la presente investigación han permitido llegar a las siguientes generalizaciones

- Se encontraron diferencias significativas en relación con los sentimientos de desesperanza, apoyo social y estilos de afrontamiento entre los grupos estudiados afectándose sensiblemente los portadores de trastornos de adaptación.
- El factor desesperanza aportó diferencias altamente significativas que indican que la misma es uno de los elementos mas influyentes en los adolescentes portadores de trastornos de adaptación.
- Los resultados de la técnica de estilos de afrontamiento indicaron un predominio del afrontamiento centrado en la emoción prevaleciendo el mismo en los alumnos portadores trastornos de adaptación.
- Se comprobó que el apoyo social es determinante en la causalidad de los trastornos de adaptación aún cuando sus componentes difieren el nivel de relevancia, aparece en primer orden la sociabilidad seguido del apoyo social , ayuda práctica, el consejo- guía y la ayuda económico financiera.
- Los resultados obtenidos en las técnicas aplicadas indican una tendencia en los adolescentes con trastornos de adaptación a la huida y evitación de las situaciones generadoras de estrés primando actitudes de no afrontamiento solucionador del problema, desmotivación, pesimismo y frustración.
- La información obtenida comprueba la importancia de los factores moduladores de los trastornos de adaptación en su aparición y curso en adolescentes que estudian en Escuelas Militares.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- Realizar intervenciones preventivas para los trastornos de adaptación en estudiantes de los centros de Enseñanza Militar “Camilo Cienfuegos”, apoyándose en el estudio de los factores moduladores: desesperanza, apoyo social, estilo de afrontamiento y personalidad resistente, propiciando el fomento del desarrollo de factores protectores y la resiliencia en los educandos.
- Implementar y desarrollar una estrategia de preparación y adiestramiento a los profesionales de la Salud Mental con relación a los factores moduladores de los trastornos de adaptación en el contexto de las Escuelas Militares.
- Elaborar instrumentos que permitan evaluar con fiabilidad las variables moduladoras en la aparición de los trastornos de adaptación, controlando que éstos sean objetivos y sintéticos, de manera que facilite su aplicación en el proceso de selección de los estudiantes que van a ingresar en las Escuelas Militares “Camilo Cienfuegos”.
- Ofrecer los datos obtenidos a los directivos de los centros de Enseñanza Militar de procedencia de la muestra, con vistas a su valoración práctica.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

- Abreu, C. (2002). Depresión. Av. Méd. Cuba; 9(32) oct-dic.
- Alonso A, Cairo E, Rojas R. (2003). Psicodiagnóstico. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Álvarez Sintés, R. (2001). Temas de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM-IV, Fourth Edition, Washington DC.
- Arés Muzio P. (2002). Psicología de la Familia. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Borges, S. Vidal, L. Pérez, J. (2006). Aspectos medicolegales de la conducta suicida. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana; 3(1).
- Bosch Ávila, D. (2007). "Influencia de la educación para la salud sobre el estrés en centros de enseñanza militar". Trabajo para optar por el título de especialista de I grado en medicina general integral. Tutor: Ms C. Miguel Ojeda Vicente. UCMVC.
- Buendía, J.: Estrés y Depresión. En: J. Buendía. (1999). Psicología Clínica y Perspectivas Actuales. Ediciones Pirámides S.A. Madrid.
- Caballero, E. (2002). Intervención neuropsicológica en adolescentes con retraso mental leve. Trabajo de diploma. Tutor Dr. Luis Felipe Herrera. UCLV.
- Cao Campo Nury. (2005). Psicopatología General. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Caraveo J. Colmenares E. Saldivar E. (1999). Estudio Clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental.

- Casales, J. C. (2006). Conocimientos básicos de Psicología Social. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Cuba. (2002). Ministerio de Salud Pública .Situación de salud de Cuba. Indicadores básicos 2001 no.6. La Habana: MINSAP-OPS/OMS.
- Dajas F. Costa G. Rivero G. Dajas M. (1998). Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión. Rev. Psiqu. Uruguay.
- Díaz González, B. (1993). Atención psicológica a adolescentes con trastornos de conducta. Trabajo de diploma. Tutor Dr. Luis Felipe Herrera. UCLV.
- Domínguez García, L. (2006). Psicología del desarrollo: Adolescencia y juventud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Erazo R. (2005). La Depresión en el contexto de la medicina. Rev. Med. Clín. Condes; 16(4) oct.
- Fernández L, García J. (2000). La religión como recurso par la promoción de la salud. Avanc Psicol Clin Latinoam.
- Fleites Évora, B. (1998). Ansiedad, depresión y frustración en adolescentes con trastornos de conducta. Tesis en opción al título de Master en Psicología Médica. Tutor Dr. Luis Felipe Herrera. UCLV.
- Fernández Rius L. (2005). Pensando en la Personalidad. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Gladstone T R; Beardsley W. R. (2011). The prevention of adolescent depression. Psychiatr Clin North Am; 34 (1): 35 – 52.
- Goldney RD. (2000). The privilege and responsibility of suicide prevention. Crisis. 21(1):8-15.
- Goleman D. (1999). La inteligencia emocional. Bogotá: Javier Vergara.

- González Menéndez R. (2003). Clínica Psiquiátrica Básica Actual. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Guibert Reyes W. (2002). Enfrentamiento Especializado al Paciente Suicida. Rev Cubana Gen Integr; 18(2). Marz-abr.
- Guibert Reyes W. (2006). Aprender, Enseñar y vivir es la clave. Ed. Científico-Técnica, La Habana.
- Guibert Reyes W. (2002). La promoción de salud ante el suicidio. Rev Cubana Med Gen Integr.18 (1) ene-feb.
- Guibert Reyes W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr; 18(2).
- Gonzáles de Rivera. (2001). Nosología Psiquiátrica del estrés. Psiquis.
- Guibert W. (2002). El suicidio. Un tema complejo e íntimo. La Habana: Científico-Técnica.
- Guibert W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr.
- Guibert W. y Del Cueto E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conductasuicida. Rev. Cubana Med. Gen. Integr 2003; v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct.
- Hendin H. (1997). Suicide in América. New York: Brunner, Mazel.
- Hernández Sampier. (2004). Metodología de la Investigación. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Horwitz D, Ravizza L. (2000). Suicide and depression. Emerg Med Clin North Am.
- Hales R. E, Yudofski SL, Talbott JA. (2000). DSM IV Tratado de Psiquiatría. 3^{ra} Edición. Madrid: Masson.

- Herrera Jiménez L. F, Delgado Suárez Y. (2008). Un acercamiento a la definición de controlabilidad en el proceso de salud – enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicología* 40 (3) 475 – 484.
- Isometsa E, Henriksson M, Lonnquist R. (1997). Depression and suicide. *Ann Med*.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. (1991). *Compendio de Psiquiatría*. Segunda Edición. Ciudad Habana. Edición Revolucionaria.
- Kaplan H., Sadock B. (1996). *Compendio de Psiquiatría*. 5ta Ed., Salvat. Barcelona.
- Knapp Rodríguez E. (2005). *Psicología de la Salud*. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Lazarus R. y S. Folkman. (1986). *Estrés y Procesos Afectivos*. Editorial Martinez- Roca. Barcelona.
- Louro Bernal I. (2004). Familia. En: *Manual de intervención comunitaria*. La Habana. Ed Ecimed.
- Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ.: (1999). Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician*.
- Llorca G, Blanco AL, Diez MA, González-Tabla M, Manzano JM, Sánchez JL. (1994). *La depresión*. Madrid: Jarpyo.
- Manzini – Mezzacappa G, Breinholt J., Rabey K. (2001). *Psychiatry*. 9th Edition. New York. McGraw – Hill.
- MINSAP. (1997). *Glosario Cubano de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales GC- 3*. Hosp. Psiq. de La Habana.

- Montalbán R. (1997). La conducta suicida. Madrid: Editorial Libro del Año.
- Montero I, Ruiz I. (1997). Apoyo social y salud mental. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, (Eds).Psiquiatría social y comunitaria I. Madrid: ICEPSS.
- Martínez Brito, O. (2007). “Depresión y suicidio: Influencia de las variables moduladoras. Tesis para optar por el título de Master en psicología Médica. Tutor. Dr. C Dionisio Zaldivar Pérez. U.H.
- Mortensen PB. (1999). Can suicide research lead to suicide prevention? Acta Psychiatr Scand.
- Moreno Marrero, A. (1998). Sistema Terapéutico en la relación padre-hijo: una alternativa en la modificación de la conducta del adolescente disocial. Trabajo de Diploma. Tutor Lic. Mayra Rivero Herrera. UCLV.
- Murray L, Christopher J, López AD. (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Lancet.
- Musitu G. (1993). Comunicación y Apoyo: el nuevo binomio en psicología de la comunicación. Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación. Eudema. Sevilla.
- Nuñez de Villavicencio F. (2001). Psicología y Salud. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
- Ohayon M. M. Priest R. G. (1999). The prevalence of depressive disorders in the United Kingdom. Biol. Psychiatr.
- Ortega Avelay A, Fernández Vidal AT, Osorio Pagola MF. (2003). Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev Cub de Med Gen Integ; 19 (4). ISSN 0864 – 2125.
- OMS. (20001). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental. Ginebra.

OMS.

- OMS. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington DC. OMS-OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (19998). La Salud en las Américas. Washington. DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1996). Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios. Informe del Taller de Cali. Bol of Sanit Panam
- Orosa Fraíz T. (2003). La Tercera Edad y la Familia. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Pérez Barrero. (1997). Factores de Riesgo Suicida en Adultos. Rev Cubana Med Gen Integr.
- Pérez Barrero S. A. (1999). Suicidio. Mercedes Unamuno. México.
- Pérez Barrero S.A. (1999). El Suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Integr.
- Pérez Borrero S. (2005). Crisis suicida: Propuestas para su manejo. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana; 2(3).
- Pérez V. Lorenzo Z. (2004). Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen. Integr.20 (5-6) sept-dic.
- Pérez Villar, J. (1988). Trastornos psíquicos en el niño y el adolescente. Editorial Pueblo y Educación.
- Pérez V. Lorenzo Z. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 20 (5-6) Sept-Dic.
- Petrovski, A. (1985). Psicología Evolutiva y Pedagógica. Editorial Progreso. Moscú.

- Petrovski, A. (1990). Psicología pedagógica y de las edades (3ra Edición). Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana.
- Pirkis J, Burgess P, Dunt B. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among. Australian adults. Crisis.
- Plutchik R. Suicide risk. Amplifiers and attenuators. En: Plutchik R, Praag HM van eds. The psychobiology of aggression. New York Haworth, 1997.
- Prado R. (2004). Factores de riesgo de la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana; 1 (2-3).
- Ramos F., González H.: Estrés, Cognición y Suicidio. En: (1999). J. Buendía. Psicología Clínica y Perspectivas Actuales. Ediciones Pirámides A. Madrid.
- Roca Perara M. A., Pérez M. (1999). Apoyo Social: Su significación para la Salud Humana. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Roca Perara M. A. (2002). Psicología Clínica. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Rodríguez F, González F, Marrero C, Darías CD et al. (1997). Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, (Eds).Psiquiatría Social y Comunitaria I. Madrid: ICEPSS.
- Rodríguez R. Pedraza M. Burunate M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida Rev. Cubana Med. Mil.; 33(1) ene-mar.
- Sarro B. de la Cruz C. (1996). Los suicidios. Ed. Martínez-Roca. España. 1991. Shneidman ES. The suicidal mind. New York: Oxford University Press.
- Silva M. (1999). Depressão, Epidemiologia o impacto social. Rev. Bras.

Psiquiatra.

- Soares F. (2006). Prevalencia de tentativas e ideacao suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de Sao Paulo. Cad. Saúde pública. 22(8); agost.
- Steblaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ. (1999). Predictors of suicide in psychiatric hospital. Acta Psychiatr Scand.
- Store A. (2004). La agresividad Humana. Madrid. Alianza Editorial S.A.
- Sue D, Sue D.W, Sue S. (2010). Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal. México D.F. CENGAGE Learning.
- Torres Rodríguez, I.L. (2008). “Estudio neuropsicológico de adolescentes con trastornos de conducta”. Trabajo de Diploma. Tutor: Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez. UCLV.
- Vázquez Machado A. (2001). Caracterización clínico-epidemiológica del Síndrome Depresivo. . Rev Cubana Med Gen Integr.
- Vidal L .E. Pérez E. Borges S. (2005). La autopsia psicológica: una mirada desde la perspectiva cubana. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana; 2(3).
- Vygotsky, L. S. (1996). Pensamiento y Lenguaje. La Habana. Edición Revolucionaria.
- Walter M, Kermarrec I. (1999). Suicidal ideation or behavior and their emergency management. Rev Prat.
- White TW. (1999). How to identify suicidal people: a systematic approach to risk assessment. Philadelphia: Charles Press.
- World Health Organization.(1996) World Health Statistical Annual. Ginebra: WHO.

- Zaldívar Pérez D., Roca M. A., Vega R. (2004). Psicoterapia General. Editorial Félix Varela. La Habana.
- Zaldívar Pérez D. (1996). Conocimiento y Dominio del Estrés. Editorial Científico- Técnica. La Habana.
- Zaldívar Pérez D. (2001). La Intervención Psicológica. Ed. IMCED, Michoacán. México.

Anexos

ANEXOS:

Anexo: 1

Consentimiento Informado

El que suscribe, está de acuerdo con participar en el protocolo: Análisis de factores moduladores de trastornos de adaptación en adolescentes, así mismo, estoy de acuerdo en realizar las pruebas psicométricas necesarias.

Para obtener este consentimiento he recibido una explicación del Licenciado, quien me ha informado que se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.

Y para que conste firmo el presente consentimiento, junto con el Licenciado que me ha dado las explicaciones, a los _____ del mes de _____ del año _____.

Paciente

Licenciado

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Anexo: 2

ESCALA DE DESESPERANZA (HOPELESSNESS SCALE).

De las afirmaciones que a continuación le presentamos diga cuáles se ajustan a su situación, clasificándolas como verdaderas (V) o falsas (F) según sea el caso.

- 1- Miro hacia el futuro con optimismo y esperanza.
- 2- Debería darme por vencido, puesto que yo solo no puedo hacer mejor las cosas.
- 3- Cuando las cosas van mal, me anima saber que no pueden continuar así por mucho tiempo.
- 4- No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de 10 años.
- 5- Tengo todo un futuro para realizar lo que más deseo en la vida.
- 6- En el futuro, espero triunfar en lo que realmente deseo.
- 7- Veo mi futuro con pesimismo.
- 8- Espero que la vida me ofrezca más que al resto de la gente.
- 9- No consigo que la vida me sonría y no creo que el futuro pueda cambiar.
- 10-El pasado me ha enseñado a afrontar satisfactoriamente el futuro.
- 11- Todo a mí alrededor es más negativo que positivo.
- 12- No creo que consiga lo que realmente quiero.
- 13- Espero que en el futuro sea más feliz que lo que soy ahora.
- 14- Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero.
- 15- Tengo fe en el futuro.
- 16- Es absurdo que desee algo, pues nunca consigo lo que quiero.
- 17- Difícilmente conseguiré algo bueno en mi vida.
- 18- El futuro me parece vago e incierto.
- 19- Espero con entusiasmo que en mi vida haya más momentos buenos que malos.
- 20- Es inútil que luche por lo que quiero, porque lo más (pues es muy) probable es que no lo consiga.

Anexo: 3

CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO.

Piense en una situación estresante y cotidiana en su vida. Lea por favor los ítems que se indican a continuación y escriba en la columna de la derecha el número que exprese en que medida actuó usted en cada uno de ellos.

0- En absoluto.

1- En alguna medida.

2- Bastante.

3- En gran medida.

- 1- Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer.
- 2- Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.
- 3- Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.
- 4- Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez.
- 5- Me negué a creer lo que había ocurrido.
- 6- Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar.
- 7- Oculté a los demás las cosas que me iban mal.
- 8- Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.
- 9- Me critiqué o me sermonee a mi mismo.
- 10-No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta.
- 11-Confíé en que ocurriera algún milagro.
- 12-Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).
- 13-Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.
- 14-Intenté guardar para mí mis sentimientos.
- 15-Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.
- 16-Evité estar con la gente en general.
- 17-Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) que lo habían provocado.
- 18-Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 19-Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.
- 20-Me sentí inspirado para hacer algo creativo.
- 21-Intenté olvidarme de todo.
- 22-Busqué la ayuda de un profesional.

23-Cambié, maduré como persona.

24-Cambié algo para que las cosas fueran bien.

25-Me disculpé o hice algo para compensar.

26-Desarrollé un plan de acción y lo seguí.

27-Tuve fe en algo nuevo.

28-De algún modo expresé mis sentimientos.

29-Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.

30-Salí de la experiencia mejor de cómo entré.

31-Hablé con alguien que podía hacer algo concreto con mi problema.

32-Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso.

33-Intenté algo distinto a todo lo anterior: _____

Anexo: 4

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL. (SS-R)

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus relaciones sociales, sobre sus relaciones con familiares y amigos. En primer lugar quisiéramos conocer algo sobre la gente que es importante para usted con respecto a ciertos aspectos concretos como son:

Las personas que le proporcionan apoyo emocional.

Las personas con las que usted se relaciona socialmente. Las personas que le ayudan con problemas prácticos.

Las personas que le ayudan económicamente.

Las personas que le proporcionan consejo y guía.

Se trata de que usted ponga el nombre y primer apellido de las 10 personas que son más importantes para usted en relación a cada uno de los 5 aspectos anteriormente señalados. Naturalmente algunas de las personas que usted mencione pueden ser importantes para usted con respecto a 2 o más de tales aspectos (por ejemplo, puede haber una persona que sea importante para usted en relación al apoyo emocional y también al apoyo financiero que le preste). Cuando esto ocurra, usted debe señalar a esta persona o personas en cada uno de los aspectos en los que ella es importante para usted.

Señale a continuación las 10 personas que son más importantes para usted en relación a cada uno de los siguientes aspectos:

1. Apoyo emocional

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

2. Relaciones sociales

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

3. Asistencia práctica

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

4. Ayuda financiera

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

5. Consejo - Guía

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

Ahora que ya ha indicado quienes son las personas más importantes para usted en relación a estos 5 aspectos, nos gustaría preguntarle algunas cuestiones sobre cada una de estas personas de su red social. A continuación presentamos estas preguntas con las respuestas que usted puede elegir en cada una de ellas. Son 8 preguntas a las que usted deberá responder en la hoja de respuesta escribiendo en la casilla correspondiente el número que indique la respuesta que es más adecuada para cada una de estas personas con respecto a cada una de estas 8 preguntas. Si usted ha mencionado a una misma persona varias veces, conteste sólo una vez a las preguntas en relación a esa persona.

Conteste a cada una de las 8 preguntas seleccionando sus respuestas según los siguientes criterios.

A-Frecuencia: Con qué frecuencia habla usted con esta persona ya sea Personalmente o con teléfono.

1-Más o menos todos los días.

2-Más o menos dos veces a la semana.

3-Una vez en la semana.

4-Unas dos veces en el mes.

5-Una vez al mes.

B-Cercanía: Cuán cerca (confianza, intimidad) se siente usted de esa persona.

1- Nada en absoluto, o un poquito cerca.

2- Cerca.

3- Muy cerca.

4- Extremadamente cerca.

C- Balance: Usted siente que hay una balanza en el “dar y recibir” en esta relación, o una persona da más que la otra.

1- Doy mucho más que lo que recibo.

2- Doy más de lo que recibo.

3- Damos y recibimos por igual.

4- Tomo más de lo que doy.

5- Tomo mucho más de lo que doy.

D- Complejidad: Algunas relaciones son simples en el sentido de que sólo hacemos una o varias cosas con esas personas o solo la vemos en un lugar (solo almorzamos con el compañero de trabajo o practicamos deportes con alguien, pero nunca hacemos otra cosa). Otras relaciones son muy complejas; en ella vemos a la persona en muchos lugares y situaciones y hacemos muchas cosas diferentes con ella. Cuán compleja es su relación con cada una de las personas de la lista.

1- Simple, hacemos algunas cosas juntas.

2- Bastante compleja, nos vemos en distintos lugares y por causas diferentes.

3- Muy compleja, nos vemos en las situaciones más disímiles y hacemos muchas cosas juntas.

E- Relación: Qué naturaleza tiene su relación con esta persona. Es él o ella su familiar, su amigo, etc.

1- Esposo/ Esposa o pareja.

2- Familiar inmediato.

3- Familiar más lejano (primos, tíos de sangre o políticos, etc.).

- 4- Pareja Sexual.
- 5- Amigo cercano.
- 6- Conocido Social.

F- Sector: Cada una de las personas que usted ha mencionado, es un vecino, compañero de trabajo o de estudio, etc.

- 1- Vecinos.
- 2- Compañeros de trabajo o de estudio.
- 3- Miembro de una comunidad eclesíástica o de otra organización.
- 4- Monja o cura.

G- Sexo: Es cada una de estas personas de su mismo sexo.

- 1- Si.
- 2- No.

H- Quién conoce a quién: Nos gustaría saber que personas de las que usted ha mencionado en su lista se conocen entre ellas. Por “conoce” nos referimos a algo más que saber su nombre, a que exista entre ellas algún tipo de relación. Empezando por la primera persona de su lista, indique las personas de la lista que esta conoce, poniendo en la casilla correspondiente los números asignados a esas personas.

Por último nos gustaría conocer el grado en que usted se siente satisfecho en relación a cada una de las 5 áreas de apoyo o ayuda que hemos mencionado anteriormente. Piense, por ejemplo, en el apoyo emocional que usted recibe de todas estas personas que usted ha incluido en su lista y señale rodeando con un círculo el número correspondiente al grado de satisfacción que usted tiene con relación a este aspecto siguiendo los criterios siguientes.

	Nada Satisfecho.	Poco Satisfecho	Moderadamente satisfecho.	Muy satisfecho.	Totalmente satisfecho.
--	---------------------	--------------------	------------------------------	--------------------	---------------------------

Apoyo Emocional	1	2	3	4	5
Relaciones Sociales.	1	2	3	4	5
Ayuda Práctica.	1	2	3	4	5
Ayuda Económica.	1	2	3	4	5
Consejo/ Guía.	1	2	3	4	5

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD RESISTENTE.

Puntúe de 0 a 3 el grado de acuerdo que usted tiene con las siguientes afirmaciones (0 es la puntuación mínima, nada de acuerdo y 3 la máxima, totalmente de acuerdo).

0 1 2 3

1. Si se trabaja duro se puede conseguir lo que se desea.
2. Una planificación previa puede ayudar a evitar los problemas en el futuro.
3. Para poder manejar los problemas se hace necesario pensar en ellos.
4. Realmente me preocupo por mi trabajo.
5. A menudo me levanto deseoso de continuar los asuntos de mi vida donde los dejé el día anterior.
6. Cuando se comete un error, siempre hay posibilidades de corregirlos.
7. No me gusta estar con gentes predecibles.
8. Organizo mi tiempo para tratar de hacer el mayor número de cosas productivas.
9. El trabajo cotidiano supone un reto diario para mí.
10. No me preocupa no tener quien cuide de mí.
11. Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana.
12. No me siento incómodo si tengo que realizar cambios en mi programa diario.
13. Las cosas que suceden en la vida, dependen en gran medida de las intervenciones de uno mismo.
14. Las personas siguen siendo fiables aunque cambien de idea.
15. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo.