

INTRODUCCIÓN.

En el imaginario social la mano se levanta ineludiblemente para cuestionar a una persona que no pudo asumir su función de progenitor y abandona a su criatura. El abandono es visto en muchos lugares del mundo, como una forma de violencia, puesto que tanto en el abandono como en el aborto, este ser es arrancado o expulsado de la continencia materna y paterna. Es necesario entonces que se sepan y se analicen los motivos de estos comportamientos, como también que se dé a conocer todas las consecuencias que estos conllevan para los niños implicados.

Un niño puede ser abandonado físicamente o emocionalmente, sin cuidado alguno y con negligencia, como también puede ser golpeado, abusado, violado o ser víctima de incesto. Aunque produzca rechazo, todas estas circunstancias están en estrecha relación con el tema de la adopción. El abandono de un niño es la causa más frecuente por la cual se requiere de su adopción en el marco de una familia.

La gran cantidad de niños huérfanos, carentes de una familia, tienen que ver en primer lugar con las diversas contiendas bélicas y las hambrunas. En segundo término las catástrofes naturales como las erupciones volcánicas, los terremotos, los huracanes, las inundaciones y las epidemias.

Otra fuente determinante de la orfandad es el abandono voluntario de niños por parte de sus padres, su madre o toda su familia. Estos abandonos se producen por situaciones vinculadas en mayor frecuencia con la madre gestante, la progenitora, como puede ser su fallecimiento, una salud muy quebrantada, la imposibilidad socioafectiva de criarlo por factores la edad, el estado civil, la salud mental o la simple ausencia de madurez.

Debido a los diversos factores anteriormente mencionados se consideró importante investigar el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las aldeas S.O.S de Tarija, desarrollado en capítulos, mismos que se detallan a continuación:

CAPÍTULO I. En el primer capítulo se realizó el planteamiento y la justificación del problema de investigación, en el cual se revela la realidad de la problemática a través

de datos estadísticos actuales, que muestran la gravedad y profundidad de la situación. También se desarrolla la justificación del problema, en el cual se hace notar el aporte teórico y práctico de la investigación sobre el perfil psicológico de los jóvenes de 12 a 18 años de las Aldeas Infantiles S.O.S de la ciudad de Tarija y que servirá a futuras investigaciones.

CAPÍTULO II. En el segundo capítulo es desarrollado el diseño teórico, el cual se inicia con la formulación de la pregunta científica, continuando con los objetivos (general y específicos), para luego dar respuesta de manera tentativa a la pregunta científica por medio de la hipótesis, finalizando con el desarrollo de la operacionalización de variables.

CAPÍTULO III. En este capítulo se desarrolla el marco teórico, el cual contiene toda la información necesaria y adecuada sobre la problemática y de la que está compuesta la presente investigación, indicándose las definiciones y todo lo referido al Perfil Psicológico, Rasgos de Personalidad, Autoestima, Ansiedad y Depresión.

CAPÍTULO IV. En el cuarto capítulo se desarrolla el diseño metodológico, en el que se formula y detallada el área al que pertenece la investigación y la tipificación de la misma; se indica además la población a la que está dirigida la investigación, y la muestra a la cual se le aplican los instrumentos que fueron seleccionados; asimismo se señalan los métodos, las técnicas y los instrumentos utilizados, finalizando con el procedimiento.

CAPÍTULO V. En este capítulo se hace descripción del análisis y la interpretación de los resultados, que fueron obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos y con los cuales se realizaron cuadros y gráficas que permitieron el mencionado análisis e interpretación de los diferentes resultados.

CAPÍTULO VI. En el último capítulo se formulan y describen las conclusiones a las que se llegó luego del análisis e interpretación de los resultados, además que son desarrolladas las respectivas recomendaciones que se ofrecen a instituciones y la sociedad en general.

Por último y al finalizar la investigación, se señalan las referencias bibliográficas de textos y páginas web, que sirvieron de base para la elaboración y desarrollo de toda la investigación.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El desarrollo social, cognitivo, psicológico y físico son los efectos comunes a largo plazo del abandono. Por lo general, cuanto más joven es un niño, cuando queda huérfano y cuanto más tiempo se queda sin casa, más drástico es el impacto que sus experiencias como huérfano tendrán en su desarrollo (FERNÁNDEZ, 2013).

El aumento de la susceptibilidad a la depresión y la ansiedad es otro resultado de los niveles de estrés aumentados asociados con ser huérfano. Un estudio realizado en 2015 por la Universidad de Makerere encontró que los trastornos psiquiátricos eran 3,5 veces más probables entre los niños de orfanatos, en comparación con los niños que viven con sus familias. Dado que los niños pequeños no pueden entender la finalidad de la muerte, no son capaces de aprovechar en su totalidad el proceso de duelo, que ayuda a los adultos hacer enfrentar la pérdida, y como resultado pueden crecer con ira no resuelta, depresión y ansiedad (SMITH y MACKIE, 2015).

En México no tiene cifras exactas del número de menores de edad en situación de orfandad, afirman organismos internacionales. De acuerdo con datos proporcionados por Aldeas Infantiles SOS, en nuestro país habría más de un millón 800 mil niños, niñas y jóvenes sin madre, padre o sin ambos progenitores (EL PAÍS, 2015).

Así lo sustenta el documento Estatus de la infancia. México: Análisis de la situación de los derechos de los niños y niñas privados del cuidado parental o en riesgo de perderlo, editado por este organismo internacional, que enfatiza que no existe un panorama específico sobre la orfandad en nuestra nación debido a que no hay datos en torno a los infantes que nacen y crecen en las calles y a los que han quedado huérfanos por conflictos armados (SMITH y MACKIE, 1995).

Cabe señalar que el último Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI registra sólo 19 mil 174 menores de edad huérfanos internados en casas hogar. Por lo anterior, desde hace varios años el Comité de los Derechos del Niño de la ONU ha emitido al Estado mexicano recomendaciones, entre las cuales señala la falta de información

sobre el número de niños y niñas que han sido separados de sus padres y que viven en instituciones de gobierno, del sector social y privado, así como de las condiciones en las que se encuentran y su situación legal (UNICEF, 2015).

Actualmente, de acuerdo con cifras del INEGI, oficialmente hay registrados 682 orfanatos, casas hogar para menores o casas cuna. Para el año 2010 se estima que en Bolivia con una población de 10.4 millones de habitantes de los cuales 4.4 son niñas, niños y adolescentes, por otra parte la mayor concentración de la población se encuentra en los centros urbanos de manera que las zonas periurbanas han crecido considerablemente en cuidadores como Cochabamba, El Alto y Santa Cruz y Cobija (UNODC, 2015).

Frente a este contexto demográfico Bolivia todavía figura como uno de los países más pobres de Latinoamérica con el IDH más bajo de Sud América hecho que, sin duda, repercute en el ejercicio de los derechos de los niños y niñas, que representan al 42% de la población, y en el desarrollo de las familias. Frente a este contexto, se han desarrollado gran cantidad de proyectos en beneficio de los niños y niñas y, en algunos casos, se han diversificado los proyectos de acuerdo a las características de los grupos poblacionales, ya sea con niños en situación de calle, niños trabajadores o niños y niñas que han perdido el cuidado parental (UNICEF, 2015).

De esta manera, tomando como referente el contexto de pobreza e inequidad social en la que vive la mayoría de la población y donde los más afectados en su desarrollo y ejercicio de los derechos son los niños y niñas, a través de la revisión bibliográfica verificamos que el 58% de los niños y niñas viven en condiciones de pobreza y 22% en condiciones de pobreza extrema hecho que se refleja en las dificultades de acceso a servicios básicos, de educación, de salud y de calidad de vida (FERNÁNDEZ, 2013).

Por otra parte, el desplazamiento de la población a zonas periurbanas es una de las características que imposibilita que se cubra las necesidades básicas de los niños y niñas, tanto en servicios básicos, de saneamiento, vivienda, educación y salud pero también, es una situación bajo la cual se desintegran las familias hecho que pone en

riesgo el derecho a la protección de niñas y niños. A nivel de salud, todavía se encuentran dificultades, especialmente en el acceso a servicios de salud de poblaciones rurales y poblaciones de niñas y niños de zonas periurbanas (EL PAÍS, 2015).

La desnutrición crónica afecta al 21% en los departamentos de Potosí, Oruro y Sucre y se constituye todavía en una de las causas de la mortalidad infantil. En temas educativos 6 de cada 10 niños y niñas abandona la formación primaria sin culminarla y menos del 7% de niñas y niños menores de 6 años acceden a servicios educativos para la estimulación temprana y desarrollo de competencias para el proceso de educación formal. Como respuesta a la pobreza de las familias se identifica que aproximadamente 800.000 niños y niñas y adolescentes trabajan constituyéndose este hecho en una puerta de entrada para que niñas y niños asuman la calle como su espacio de vida y corten relacionales con su entorno familiar (UNICEF, 2015).

Esta condición de las niñas y niños se complejiza cuando son sometidos a trabajos forzados, a la explotación o incluso al trabajo sexual. En este contexto, sin duda que las condiciones de violencia y maltrato a la que son sometidos los niños es un tema preocupante, más aun si se identifica que 7 de cada 10 niños y niñas sufre o ha sufrido algún tipo de violencia (UNODC, 2015).

Sin embargo, a la fecha, se identificó que no existían investigaciones referidas a las condiciones de protección, desarrollo de las familias, condiciones e indicadores de riesgo, zonas de riesgo, poblaciones aproximadas y el impacto en el desarrollo de los niños y niñas de situaciones de pérdida del cuidado parental. Por esta razón, tomando como referente el Enfoque de Derechos, delimitado a través de la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas, se ha visto la pertinencia de realizar esta investigación sobre la “situación actual de los derechos de los niños y niñas que han perdido el cuidado parental o están en riesgo de perderlo” de manera que, a partir de los resultados se tomen acciones a favor de este grupo poblacional (UNICEF, 2015).

El representante Adjunto del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), Ludwig Guendel, informó que las nueve

gubernaciones del país brindan atención humanitaria al menos a 17.000 niños que fueron abandonados por sus padres (EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2015).

No se sabe exactamente cuántos niños abandonados hay anualmente, pero en este momento se alcanza a la cifra antes mencionada en los centros de acogimiento familiar que administran todos los SEDEGES (Servicio Departamental de Gestión Social) de los nueve departamentos”, aseveró. El representante de UNICEF agregó que otros miles de los infantes están siendo atendidos en los hogares de Aldeas Infantiles SOS, aunque indicó que no puede precisar datos de cuántos niños abandonados, en total, existen en el país (EL PAÍS, 2015).

Sin embargo, según algunos periódicos de circulación nacional, Guendel confirmó que en Bolivia existirían alrededor de 20.000 niños y niñas abandonados por sus progenitores. Asimismo, indicó que ocho de cada 10 niños sufren violencia en sus hogares, lo cual es una cifra alarmante (EL PAÍS, 2015).

Además sostuvo que la cifra de niños en los hogares crece diariamente, esto se debería al crecimiento vegetativo de la población boliviana. Guendel también indicó que UNICEF no cuenta con datos estadísticos de la cantidad de niños que viven en las calles, pero que su labor es tratar de ayudar a la población infantil de todo el país. Un estudio realizado por Aldeas Infantiles SOS y la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, en febrero de 2010, con datos recopilados de UNICEF, revela que hasta esa fecha los niños que vivían en centros de acogimiento ascendían a 10.210 (UNICEF, 2015).

El 48% de los niños y adolescentes del municipio de Cercado Tarija está en riesgo de vulnerabilidad, es decir, que viven en situaciones en las que pueden quedarse sin la protección de sus padres y sufrir aislamiento, inseguridad e indefensión. El dato se recoge de un reciente informe elaborado por las Aldeas Infantiles SOS denominado "Situación actual de los niños, niñas y familias en riesgo social en el municipio de Cercado Tarija", el mismo fue presentado por la directora del Programa de Acogimiento Familiar de esta institución, Elvi Arciénega, ante representantes de

instituciones públicas y privadas que trabajan con la temática (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2014).

Es la situación que presentan los niños que están en riesgo de perder el cuidado parental y la protección de su familia y quedar expuestos a otros males de la sociedad como la violencia. De acuerdo con los datos que maneja el estudio con base en el Censo de Población y Vivienda del 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el municipio de Cercado Tarija tiene 259.388 habitantes, de los cuales 42.217 son niños (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2014).

De este total de niños, dijo Arciénega, el 20% está en situación de vulnerabilidad de sus derechos, por lo que están expuestos a ser víctimas de violencia, explotación y a convertirse en un problema para la sociedad. Actualmente los niños están expuestos a quedarse sin la protección parental debido a que muchos padres de familia abandonan sus hogares por cuestiones laborales y migran del campo a la ciudad. Otro factor está relacionado con el abandono temporal de los padres durante una jornada también por asuntos laborales. Sin embargo, el aspecto que más incide es la falta de empleo y la pobreza (UNICEF, 2015).

Según el estudio que fue elaborado por Aldeas Infantiles SOS, el mayor riesgo de vulnerabilidad se localiza en el Distrito 3 de Cercado. Del total de las personas encuestadas, el 34% se encuentran desempleadas y de este total el 18.5% viven en el D-3; el municipio de Cercado tiene ocho distritos. Otro dato que llamó la atención en el estudio fue encontrar un número significativo de padres y madres de familia que consumen mucho alcohol en los Distritos 2 y 3. En el municipio de Cercado se estima que alrededor del 20% de los niños está en riesgo de vulnerabilidad (EL PAÍS, 2015).

A partir de todo lo expuesto anteriormente, se planteó la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las Aldeas Infantiles SOS de la ciudad de Tarija?*

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El desarrollo social poco saludable es otro de los efectos a largo plazo, los huérfanos se ven privados por lo general de la exposición consistente y real al amor, el afecto, el calor que contribuyen a la conexión social el contacto físico contribuye al desarrollo del sistema nervioso, la confianza en los demás y un sentido de autoestima. Los niños privados de contacto son más susceptibles a la paranoia, la inseguridad y la desconfianza (UNICEF, 2015).

El niño de la calle no solo debe interpretarse como un niño abandonado física, emocional y socialmente, sino como la expresión visible de la infancia abandonada. Cuando se ve a uno o más niños, vagando o trabajando por las calles o centros comerciales se tiene que estar consciente que ellos representan a las familias en crisis. Este criterio es importante, porque diagnostica a un niño como abandonado sin tomar en consideración el abandono familiar. No permitiría encontrar el camino adecuado para la prevención y tratamiento de su recuperación (UNODC, 2015).

Lo más importante al localizar a un niño en estas condiciones es que se permita abordar su núcleo familiar informándole, responsabilizándole, rehabilitándole, mientras simultáneamente se le presta ayuda desde el punto de vista moral, psicológico, educativo, sanitario, es decir prestándole un apoyo integral. Ellos representan el fracaso del gobierno y de la sociedad actual que continua conformándose con inculpar a los menores como los principales protagonistas de los delitos olvidando naturalmente que el principal delito es su abandono y de ello son responsables su núcleo familiar y por ende la sociedad. Las instituciones de protección al niño deberían elaborar programas forjadores, para ser impartidos en las escuelas y en los diferentes institutos de atención al menor (OIT, 2015).

Este trabajo se justifica por el importante *aporte teórico*, ya que contribuye con nuevos conocimientos y teorías sobre los adolescentes de 12 a 18 años de las Aldeas Infantiles SOS de la ciudad de Tarija, para que esto ayude a comprender la forma y estilo de vida de estos adolescentes, como también los Rasgos de Personalidad, nivel

de Autoestima, Ansiedad y Depresión de estos individuos y que permita servir de base para futuras investigaciones.

De igual manera ofrece un *aporte práctico*, porque permite beneficiar a todos los adolescentes, a sus familiares, a la institución y a toda la población tarijeña, para que se pueda comprender la realidad de cada una de estas personas, las necesidades del día a día, los conflictos psicológicos que atraviesan, para que a partir de ello se pueda mejorar de alguna manera la forma de vida y actitud frente a la resolución de sus problemas.

El aporte también se observa en la creación de programas de intervención, enfocados a mejorar la información obtenida de esta investigación, contribuyendo a los aspectos psicológicos y emocionales, existentes en los adolescentes. De igual manera permitir realizar una prevención primaria oportuna de los riesgos a los que se encuentran expuestos, como también permite introducir mecanismos alternativos de concientización como ser: charlas, foros, paneles, talleres, conferencias, etc., ante los peligros que corren día a día.

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cuál es el perfil psicológico de los adolescentes de 12 y 18 años de Aldeas Infantiles S.O.S. de la ciudad de Tarija?

2.2. OBJETIVOS.

2.2.1. Objetivo General.

- Determinar el perfil psicológico de los adolescentes de 12 y 18 años de Aldeas Infantiles SOS de la ciudad de Tarija.

2.2.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los Rasgos de Personalidad de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija.
- Indicar el nivel de Autoestima de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija.
- Señalar el nivel de Ansiedad de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija.
- Establecer el nivel de Depresión de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija.

2.3. HIPÓTESIS.

Los adolescentes de 12 y 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija, presentan un perfil psicológico caracterizado por:

- Rasgos de Personalidad de poca sociabilidad, inestabilidad emocional, angustia y mucha tensión.
- Un nivel de Autoestima baja, por la autovaloración negativa de sí mismo y de las cualidades y aptitudes que posee.

- Un nivel de Ansiedad Moderada, por la presencia de situaciones conflictivas en el cotidiano vivir.
- El nivel de Depresión Moderada con presencia de síntomas somáticos como el insomnio y la fatiga.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
PERSONALIDAD	La personalidad es la estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y revelarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos, sus tendencias relativamente estables a comportarse de una determinada manera ante las situaciones concretas.	- Reservado - Abierto	_Alejado, Crítico, Abierto, Afectuoso, Reposado, Participativo. _Emocionalmente poco estable turbable, Tranquilo. Maduro, Afronta la realidad.	Puntaje alto Entre 7 y 10
		_Emocionalmente estable – afectado	_Poco expresivo poco activo algo soso, auto-impaciente, tranquilo	Puntaje medio (entre 5 y 6)
		_Calmoso -excitable	_Obediente dócil acomodaticio cede fácilmente dogmático, agresivo, obstinado _Prudente, serio taciturno confiado en la buena ventura- incauto	Puntaje bajo (entre 1 y 0)
		_Sumiso -dominante	_Desatento con las reglas, actúa por conveniencia con poca fuerza del súper ego -perseverante moralista sensato sujeto a las normas con mucha fuerza de superego.	

		_Sobrio entusiasta	_Tímido, sensible a la amenaza –socialmente atrevido, no inhibido espontáneo	
		_Despreocupado-consciente	Rechazo a las ilusiones, realista, practico, Independiente impresionables, dependiente súper protegido.	
		_Cohibido -emprendedor	Le gusta la actividad en grupos. Activo vigoroso-irresoluto, reservado individualista, no le gusta actuar en grupo. _Apacible confiado seguro de sí mismo compensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable, con auto reproche.	
		_Sensibilidad dura sensibilidad blanda	Buen compañero, y de fácil unión al grupo Prefiere sus propias decisiones, lleno de recurso.	
		_seguro -dubitativo	- Relajado, sigue sus propias necesidades, descuidado de las reglas sociales- socialmente escrupuloso Autodisciplina, compulsivo, tiene control de su autoimagen	

		_Serenos -aprensivos	-Tranquilo. Pesado sosegado, no frustrado. Presionado sobre excitado, inquieto	
		_Sociable Autosuficiente _Menos integrados más integrados _relajado-tenso _Asuste-ansiedad _Introversión extraversión -Calma- excitabilidad -Dependencia Independencia	_Ansiedad baja (ajuste)- ansiedad alta. _Introversión extraversión _Calma Excitabilidad/dureza Dependencia Independencia	
AUTOESTIMA	Es el grado de satisfacción y de valoración de uno mismo por introspección y auto contemplación	Mucha tensión	Tenso, frustrado, forzado, sobreecitado, Sosegado.	(Test de autoestima 35B) Bueno 0-15
		Autoconocimiento	Conocimiento de las propias potencialidades y debilidades.	Regular -1-15
		Auto concepto	Creencias acerca de uno mismo.	Baja -30-16
		Autoevaluación	Grado en el que la persona evalúa sus potencialidades y debilidades.	Deficiente -45-31 Muy baja

		Auto respeto	Grado en que la persona reconoce sus potencialidades y debilidades.	-60-46
		Auto aceptación	Grado en el que la persona se acepta, tal como es.	Extrema -75-61
ANSIEDAD	Consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva.	Físico	Tiembla el cuerpo, sequedad en la boca, dificultad para respirar, náuseas, nudo en la garganta y estómago.	Test de ansiedad
		Psíquico	Nervioso, desasegado, ganas de huir, miedos difusos, inseguro, miedo a la muerte, celoso, desconfiado, siempre alerta.	Normal (0-20)
		Conductual	Es irritable, cambia de postura, torpe en sus movimientos, tartamudea.	Ligera (21-30)
		Cognitivo	Cree que le falla la memoria, emplea términos extremos, hace juicios de valor, le cuesta pensar, cree no poder resolver situaciones difíciles.	Mediana (31-40)
		Asertivo	Intenta agradar a todo el mundo, le cuesta decir no, prefiere la soledad, se avergüenza ante los demás, prefiere no discutir.	Grave (41-50)
				Muy grave (50 o más)

DEPRESIÓN	Estado emocional dominado por sentimientos de tristeza, falta de actividad, dificultades en la concentración, pensamiento, desesperación y desaliento.	Comportamental	Agitación, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueños, irritabilidad, llanto, cambios en los apetitos, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo.	Inventario de Depresión de Beck BDI-II Ausente (0-9) Leve (10-18) Moderada (19-29) Severa (30-63)
		Afectivo	Tristeza, pesimismo, fracaso, desvalorización, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad consigo mismo.	
		Cognitivo	Pérdida de placer, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, pérdida de interés, indecisión, dificultad de concentración.	

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.

En el presente trabajo de investigación, luego de una profunda y ardua exploración, se pretende determinar el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las aldeas infantiles SOS de la ciudad de Tarija, por lo que se describe a continuación las variables que forman parte del sustento teórico dando a conocer lo siguiente:

3.1. PERSONALIDAD.

La personalidad forma parte importante de las distintas situaciones en la que se desarrolla una persona, pues es fundamental el tipo de la actualidad para el actuar que se refleja en la vida cotidiana de la persona.

DiCaprio (1987; 18) dice: *“Para simplificar podemos pensar en la personalidad como una identidad personal del individuo, la identidad tiene diversos componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios conforme conocemos a alguien, adquirimos conocimientos de su identidad central”*.

La personalidad tiene que ser con la experiencia que recoge la persona durante sus años de vida y el comportamiento del mismo. Cuando se da una descoordinación entre estos dos aspectos es que surgen trastornos en la personalidad. Puede fallar la parte cognitiva, afectiva interpersonal o quizás el control de los impulsos.

En la actualidad, unas de las definiciones, mas aceptadas es la de Gordon quien formula que *“la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísico que determinan sus ajustes únicos a sus ambientes”* (ADORNO, 1950; 37).

3.1.1. Desarrollo de la Personalidad en la adolescencia.

El tema de mayor importancia en la personalidad adolescente es el de desarrollo de yo de la identidad personal. El “yo y la identidad personal” es un núcleo que rige otros comportamientos y que está presente en la conciencia del propio sujeto en forma de representaciones acerca de sí mismo, proyectos y expectativas en el futuro, coordinación de las propias experiencias y presentación de sí ante los demás, el

desarrollo del yo y de la identidad personal se vincula con la propia historia del adolescente. Es en la adolescencia cuando el ser humano comienza a tener memoria biográfica. Puede interpretar las pasadas experiencias y aprovecharlas para afrontar los desafíos del presente (BACHERER, 1980)

3.1.2 Tipos de Rasgos.

Allport distinguió tres tipos de rasgos o disposiciones, en función de su grado de penetración e influencia en el comportamiento del individuo.

- **Los rasgos cardinales** serían aquellos que están presentes en prácticamente todos los comportamientos. Por lo general, es difícil que en la práctica pueda encontrarse este tipo de rasgo que gobierne la conducta en todas sus manifestaciones.
- **Los rasgos centrales** serían los rasgos generales que caracterizan la personalidad, y suelen oscilar entre un número de cinco a diez por cada persona. Este es un rasgo que domina y moldea el comportamiento de una persona
- **Los rasgos secundarios** serían aquellas disposiciones menos generales o más periféricas, pero que se manifiestan esporádicamente en determinados comportamientos concretos (CATELL, 1998).

3.1.3. Categoría de la Personalidad.

- **Extroversión:** Atrevido, activo, bullicioso, vigoroso, positivo, espontáneo, efusivo, enérgico, entusiasta, aventurero, comunicativo, franco, llamativo, ruidoso, dominante, sociable.
- **Afabilidad:** Cálido, amable, cooperativo, desprendido, flexible, justo, cortés, confiado, indulgente, servicial, agradable, afectuoso, tierno, bondadoso, compasivo, considerado.
- **Dependencia:** Organizado, dependiente, escrupuloso, responsable, trabajador, eficiente, planeador, capaz, deliberado, esmerado, preciso, práctico, concienzudo, serio.

- **Estabilidad emocional:** Impasible, no envidioso, relajado, objetivo, tranquilo, calmado, sereno, bondadoso, estable, satisfecho, seguro, imperturbable, poco exigente.
- **Cultura o inteligencia:** Inteligente, perceptivo, curioso, imaginativo, analítico, reflexivo, artístico, perspicaz, sagaz (CATELL, 1998)

3.1.4. Factor de Primer Orden.

Para una mejor perspectiva de la estructura psicológica dentro de la personalidad se consideran a las 14 dimensiones indicadas por R.B. Cattell Y M.D. Cattell.

- **Factor A: Reservado** (Alejado, crítico); el sujeto que puntúa alto, generalmente se caracteriza por ser **abierto** (afectuoso, reposado, participativo)
- **Factor B: inteligencia baja**, inteligencia baja (pensamiento concreto y lento de aprendizaje); **inteligencia alta** (pensamiento abstracto) brillante rápido en comprensión y aprendizaje de las ideas.
- **Factor C: Emocionalmente afectado** (afectado por sentimiento, poco estable, turbable); **Emocionalmente estable** (tranquilo, afronta la realidad. Maduro).
- **Factor D: Calmoso** Poco expresivo poco activo algo soso, auto –impaciente, tranquilo, exigente, hiperactivo, no inhibido).
- **Factor E: Sumiso** (Obediente dócil acomodaticio, cede fácilmente); **Dominante** (dogmático, agresivo, obstinado).
- **Factor F: Sobrio** (Prudente, serio, taciturno); **entusiasta** (confiado en la buena ventura-incauto).
- **Factor G: Despreocupado** Desatento con las reglas, actúa por conveniencia con poca fuerza del súper ego –perseverante moralista sensato sujeto a las normas con mucha fuerza de súper ego.
- **Factor H: Cohibido** (Tímido, sensible a la amenaza) **emprendedor** (socialmente atrevido).

- **Factor I: Sensibilidad dura** (Rechazo a las ilusiones, realista, práctico, independiente) **sensibilidad blanda** (impresionables, dependiente súper protegido).
- **Factor j: Seguro** (Le gusta la actividad en grupos. Activo vigoroso-irresoluto, reservado individualista, no le gusta actuar en grupo) **dubitativos** son personas reservadas por las cosas individualista que no les gusta actuar en grupos.
- **Factor Q: sereno** (Apacible confiado seguro de sí mismo); compensación de culpabilidad, inseguro, preocupado, turbable, con auto reproché.
- **Factor Q1: Sociable** (Buen compañero, y de fácil unión al grupo. Prefiere sus propias decisiones, lleno de recurso).
- **FactorQ2: Menos integrado** (Relajado, sigue sus propias necesidades, descuidado de las reglas sociales, socialmente escrupuloso. Autodisciplina, compulsivo, control de su autoimagen)
- **Factor Q3: Relajado** (Tranquilo. Pesado, sosegado, no frustrado. Presionado, sobreexcitado, inquieto). En los adolescentes parece reflejar un tipo de compostura que hace fácil la sociabilidad (CATELL, 1998).

3.6.5. Factor de segundo orden.

Dentro de los factores de segundo orden se describe a continuación:

- **Ansiedad “QI”**.- La ansiedad en el HSPQ es el principal índice de psicología. La persona puntúa alto puede presentar importantes áreas, que es necesario investigar. Suelen ser personas cohibidas, emotivas, con tendencia a culparse y tensas. También aparecen puntuaciones elevadas, por algún motivo quieren presentar una imagen negativa están intentando pedir ayuda. Una puntuación baja indica que las personas perciben la vida como agradable y gratificante, se sienten adaptadas. Sin embargo no es, necesariamente, indicativa de salud mental, sobre todo si se acompaña de una puntuación baja extrema, pueden indicar falta de motivación entre áreas difíciles (CATELL, 1998).

- **Introversión vs extroversión “QII”.-** El factor nos presenta a una persona reservada, autosuficiente e inhibida en los contactos personales. Cuando la puntuación es moderada no es un rasgo patológico. Puede ser favorable o desfavorable según la situación particular del individuo. Puntuación de 1 o 2 indica una posible retirada o aislamiento, y deben ser tenidos en cuenta (CATELL, 1998).

El valor medio que refleja el perfil nos habla de una persona moderadamente sociable, es decir, no suele mostrarse reservado en sus relaciones pero tampoco demasiado desenvuelto; no demuestra ser una persona que necesita pertenecer a un grupo u organización o que carece de iniciativa para tomar decisiones. Tampoco destaca en el polo apuesto como una persona autosuficiente llena recursos que prefiere sus propias decisiones. La puntuación alta describe un individuo desenvuelto, no inhibido y con buena capacidad de mantener contacto social. Una puntuación extremadamente alta puede ser un inconveniente, por la necesidad constante de interacción con los demás, especialmente si el sujeto debe trabajar en soledad (DUQUE, 2015).

- **Calma vs excitabilidad “QIII”.-** El factor está estrechamente relacionado con la sensibilidad y con la fuerza de la razón frente a los sentimientos. Los sujetos que puntúan bajo se despreocupan de los demás, no aceptan obligaciones son espontáneos, animados e impulsivos, sensibilidad dura, obstinados. Los sujetos con puntuaciones elevadas son responsables, organizados socialmente escrupulosos; en su manera de actuar, se rigen por las normas y se acomodan en las costumbres del entorno, sensibilidad blanda, sumisa, sobria, sentimental y poco expresiva (CATELL, 1998).
- **Depresión vs independencia “QIV”.-** El factor dependencia – independencia describe el grado de dependencia de una persona en su entorno social. Puntuaciones bajas corresponde a sujetos positivos, que se dejan llevar por las opiniones de los demás y se apoyan excesivamente en otros, orientado su conducta hacia la persona que le den esa oportunidad. La puntuación obtenida por

prueba, cercana al promedio, no nos permite hablar de una persona dependiente de los demás, ni tampoco de alguien que actúa de una forma independiente. Puntuaciones altas describen a personas que pueden ser críticas agresivas, mordaces, emprendedoras e independientes; buscan aquellas situaciones en las que probablemente se permite su conducta o al menos se tolere la misma (CATELL, 1998).

3.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

Es una estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo (ALSINA, 2009).

Si nos detenemos a observar alrededor de nuestro entorno social podríamos percibir el comportamiento de cada una de las personas, percibiríamos que cada uno de ellos actúa de un modo diferente ante una misma situación, a pesar de que todos realizan actividades comunes. Existe algo en cada uno de nosotros que nos hace diferentes unos de otros y que nos mueve a actuar de modo diverso, a ese "algo" se le denomina personalidad (DAY, 1973).

La personalidad es única, compuesta de características diferentes dentro de una organización singular. Así también es constante, es decir, que el sujeto actúa o reacciona casi siempre de un mismo modo. “ *La personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos* ” (ALLPORT, 1980).

Esta definición indica que la personalidad es de naturaleza cambiante y organización dinámica. Que es algo interno, no de apariencia externa, que no exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica, sino que su organización exige el

funcionamiento de mente y cuerpo como unidad. Que los sistemas psicológicos son tendencias determinantes que dirigen y motivan la acción. Que la conducta y pensamiento son característicos de cada individuo, y que ellos reflejan su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él. (ALLPORT, 1985).

3.2.1. Personalidad de adolescentes institucionalizados.

Los adolescentes que están en algún centro de acogida u hogar, presentan indicadores de ser susceptibles de presentar mayores dificultades por una clara deficiencia de recursos adaptativos, en comparación con la población general de su mismo edad, que se observa a través de la presencia de un mayor desajuste perceptual-cognitivo, una mayor tendencia a las conductas opositoras y disruptivas, un menor registro y desarrollo de los mecanismos de control de las emociones y una mayor inhabilidad para conducirse ante las demandas sociales (PINTOS y GONZALES, 1998).

Además tales dificultades se manifiestan con mayor claridad cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas, complejas y desestructuradas, pudiendo mantener un funcionamiento adaptativo ante otro tipo de problemas más sencillos y con los términos bien definidos, esto hace que podamos suponer que, van a mostrarse más ineficaces en el ámbito de las relaciones sociales y cuando se encuentren en situaciones emocionalmente cargadas, dado que los problemas que se plantean en estos campos resultan habitualmente menos definidos, sencillos y controlables (SUZANNEN, 1997).

Otro resultado importante es que las Instituciones de acogida parecen cumplir adecuadamente su función de sostén y cuidados básicos pues los sujetos no registran malestar situacionalmente provocado, pero se podrían aumentar los efectos beneficiosos para el desarrollo de estos menores si se introdujeran en su funcionamiento habitual Programas encaminados a mejorar la eficacia de sus recursos y su capacidad de resolución de problemas (DICAPRIO, 1987).

Como conclusión podemos decir que el ámbito de las habilidades sociales es en el que más deficiencias presentan estos adolescentes pudiéndose resolver este problema

creando programas de intervención ajustados a las características de esta población, teniéndose en cuenta que en todo esto influye, por supuesto, la historia previa de cada uno de los adolescentes y que por tanto estos programas deben ser capaces de disminuir estas diferencias (REASONER, 1992; 16).

3.3. AUTOESTIMA.

La autoestima ha ido cobrando mayor interés en la sociedad actual. Las personas han incluido la palabra dentro de su vocabulario y en diferentes conversaciones cotidianas, todo esto hace evidente la importancia que este tema representa (BONET, 1997).

La autoestima es definida como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos es aprendido de nuestro alrededor, mediante la valorización que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros (ENGLISH, 1997; 13).

La importancia de la autoestima radica en que impulsa a actuar, a seguir adelante y motiva para perseguir nuestros objetivos. A continuación, observemos diferentes conceptos que ofrecen los autores sobre lo que es la autoestima:

La autoestima, está constituida por todas *"las características que el sujeto se atribuye a sí mismo; es decir lo que siente, piensa, y la valoración que atribuye a este concepto de sí mismo"* (REASONER R., 1992; 23).

El psicólogo Carl Rogers (1971), en su libro *"Libertad y creatividad en la educación"* manifiesta que *"la autoestima constituye el núcleo de la personalidad y que todo individuo tiene una tendencia dirigida a la actualización de sus potencialidades y es capaz de representar su experiencia de una forma correcta"* (IBAÑEZ, 2004; 18).

Una forma clara para entender el concepto de autoestima es: una sensación fundamental de eficacia y un sentido inherente de mérito lo explica como la suma integrada de confianza y de respeto hacia sí mismo (ROGERS, 1980; 12).

La autoestima es la suma de juicios que una persona tiene de sí misma, es decir la dimensión afectiva de la imagen personal. La autoestima es el grado de satisfacción consigo mismo, la valoración de uno mismo por acto de introspección y auto contemplación del yo espiritual, de las realizaciones y de las sinceras e íntimas proyecciones de futuro, así como un poderoso auto análisis del pasado (ROGERS, 1971).

3.3.1. Componentes de la Autoestima.

La autoestima posee tres componentes que operan íntimamente correlacionados de manera que una modificación entre ellas influirá en los otros (TAVAZZA, 1995).

- **El componente cognitivo:** “Lo que se piensa”, indica idea, opinión, creencias y apreciamiento de la información referente a uno mismo. Es un conjunto de auto esquemas que organizan las experiencias pasadas y son usados para interpretar y utilizar estímulos relevantes en el ambiente social (ROGERS, 1980).
- **El componente afectivo:** “Lo que siento”. Este elemento, es considerado el núcleo de la autoestima, donde se formula la ley principal que gobierna su dinámica, a mayor carga afectiva positiva mayor potencia de autoestima (WRENCH, 1971).
- **El componente conativo:** “Lo que hago”, significa intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente. Es la autoafirmación dirigida al propio yo, condiciona el aprendizaje, ayuda a superar las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, posibilita una relación social saludable, garantiza la autonomía personal (IBAÑEZ, 2004).

Las áreas de la Autoestima se constituyen en elementos que representan tanto el crecimiento como desarrollo personal del individuo; son consideradas como elementos de la llamada “pirámide de la autoestima”, estas áreas son las siguientes (WRENCH, 1971):

- **Autoconocimiento:** Comprende la habilidad que desarrolla el individuo para reconocerse tal como es; tanto en lo que respecta al mundo exterior (físico), como el interior (sentimientos y pensamientos)(WRENCH, 1971).
- **Auto concepto:** Esta área se forma a través de las conversaciones, comentarios, actitudes de la familia, amigos. Consiste en una serie de valores y creencias que el individuo tiene de sí mismo y que se reflejan en su conducta teniendo como base la opinión de los demás (ROGERS, 1980).
- **Autoevaluación:** Comprende la autocrítica que la persona hace de sí misma, elaborando a partir de ello juicios valorativos concernientes a las propias capacidades (TAVAZZA, 1995).
- **Auto aceptación:** Consiste en identificar las potencialidades y debilidades de uno mismo; la autoestima es imposible de concebir sin auto aceptación (CHIPANA, 2015).
- **Auto respeto:** Auto respetarse es atender las propias necesidades para satisfacerlas, vivir según los propios valores, y expresar los sentimientos y emociones, sin provocar daño ni sentir culpa por las malas decisiones o errores (ENGLISH, 1997).

3.3.2. Tipos de Autoestima.

a) **Autoestima alta:** También llamada autoestima positiva, es el nivel deseable para que una persona logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva (CHIPANA, 2015).

- **Características de la autoestima positiva.**

- ✓ Confianza en sí mismo.
- ✓ Conforme consigo mismo.
- ✓ Imponerse retos propios.

- ✓ Cuando se cae en fracasos, lo ve como enseñanza.
- ✓ Es tolerante.
- ✓ Suele tener buena comunicación con su familia.
- ✓ Siempre tiene metas a corto plazo y procura lograrlos.
- ✓ Suele tomar su propia aceptación a la de los demás.
- ✓ Se deshace de los sentimientos de culpa.
- ✓ Se alegra por los éxitos y triunfos ajenos.
- ✓ Se siente con la capacidad para decir sí o no según su conveniencia sin presión ajena.
- ✓ Da y recibe amor sin limitarse.

b) Autoestima media: Las personas que presentan una autoestima media se caracterizan por disponer un grado aceptable de confianza en sí mismos. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto es decir esta clase de personas se presentan seguras, frente de los demás aunque internamente no lo son. es decir, presentan inestabilidad en la percepción de sí mismo, si bien en algún momento la persona de autoestima medio se siente capaz y valioso esa persona puede cambiar en algo opuesto sentirse totalmente inútil por diversos factores pero especialmente a la opinión de los demás (CHIPANA, 2015).

c) Autoestima baja: La persona no se quiere, ni se ama, y no se acepta así mismo. Es una persona introvertida, no confía en los demás ni en sí mismo (BONET, 1997).

- ✓ **Falta de ambición:** Se traduce en la falta de metas, objetivos, ilusiones, sueños. No hay entusiasmo, porque la persona sencillamente no se ve capaz de superar un obstáculo difícil y prefiere no plantárselo (BONET, 1997).

- ✓ **Actitud negativa:** Los pensamientos negativos controlan todo lo que hace la persona y todo lo que deja de hacer. El mundo se contempla como un entorno hostil en el que se libra una batalla donde la persona tiene la sensación de pertenecer al bando perdedor (CHIPANA, 2015).
- ✓ **Descuido de la apariencia física:** Nuestra imagen suele ser una tarjeta de presentación. La persona con baja autoestima suele prestarle poca atención a su cuerpo, a su ropa o bien hace justo lo contrario (BONET, 1997).
- ✓ **Estilo de vida poco saludable:** Tener baja autoestima significa en este caso que la persona no se ama a sí misma lo suficiente como para estar pendiente de cuidados básicos del cuerpo, como una dieta saludable y la práctica de ejercicio físico regular (ROGERS, 1980).
- ✓ **Timidez:** Ese miedo a quedar en evidencia cuando se dice algo en público, enrojecerse o quedarse sin habla en una situación social comprometida son signos de timidez. Esta inseguridad es propia en personas que se atribuyen a sí mismas poco valor, es decir, con baja autoestima (WRENCH, 1971).
- ✓ **Miedo:** Miedo al fracaso, al futuro y a numerosas situaciones en las que la persona se siente en peligro. El miedo, ya tenga una causa lógica o no, es un compañero permanente de la persona con una autoestima baja (ROGERS, 1980).
- ✓ **Auto concepto:** Es el conjunto de creencias que una persona tiene acerca así mismo (ROGERS, 1971).
- ✓ **Autoconocimiento:** es el conocimiento y percepción que el sujeto tiene acerca de sí mismo y de sus conflictos o síntomas (ENGLISH, 1997).
- ✓ **Autoevaluación:** Es la valoración positiva y negativa que implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable que observamos en nosotros (ROGERS, 1980).
- ✓ **Auto aceptación:** La persona se acepta a si mismo plenamente y sin condiciones

3.3.3. Autoestima en los adolescentes institucionalizados.

La adolescencia es una etapa muy compleja en la vida de una persona en la que la autoestima juega un papel importante. Durante esta etapa de la vida las relaciones con las demás personas son totalmente esenciales, también es muy significativa la necesidad que se tiene de sentirse aceptado y parte de un grupo. Por lo tanto la autoestima tiene un rol muy importante ya que la valoración que tiene el adolescente de sí mismo determinará la valoración que tendrá el grupo de pares hacia él y esto podría establecer gran cantidad de aspectos con respecto a su futuro (TAVAZZA, 1995).

Con relación a la autoestima en adolescentes institucionalizados, se puede indicar que no llega a niveles satisfactorios, es decir, existe una tendencia a presentar autoestima entre regular y baja, ya que les cuesta mucho desenvolverse en el medio en el que interactúan de manera satisfactoria, debido a que se encuentran limitados de alguna forma no se sienten capaces de superar totalmente las dificultades que puede presentar su autoestima personal, afectando por consiguiente su inseguridad y autoimagen (IBAÑEZ, 2004).

3.3.4. Creencias de la Autoestima.

Las creencias más importantes son referidas a uno mismo y están relacionadas con la autoestima, puesto que éstas determinan nuestras emociones y conductas, establecen el que nos tengamos aprecio o que nos odiamos. También determinarán el que nos comportemos en forma que nos ayude a ser felices y a desarrollar mejor nuestras potencialidades. Las actitudes positivas hacia uno mismo hace que la autoestima del individuo adquiera un alto nivel (BONET, 1997).

Las creencias referidas a las demás personas son también muy importantes, ya que como seres sociales necesitamos convivir con los demás, por lo cual la calidad de nuestras vidas dependerá en buena parte de la calidad de nuestras relaciones interpersonales, esto ayuda a elevar el nivel de autoestima de la persona. Tanto en la forma de vernos a nosotros mismos como en la forma de ver a los demás, existe una

serie de creencias que nos ayudan a que todo vaya bien, son las que fomentan de gran manera la autoestima (WRENCH, 1971).

3.4. ANSIEDAD.

Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia en el futuro, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión. Todos los pioneros de las principales escuelas de pensamiento en la psicología han ofrecido conceptualizaciones sobre la ansiedad (MONROY, 2004).

Pero para la definición de ansiedad en línea con la presente investigación se concebirá la de Rojas (2003), el cual indica que ésta *“consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada. Por tanto lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad”*.

Así mismo la teoría cognitiva de Rojas, indica que durante el lapso de recepción y emisión de señales al cual se ve expuesto el hombre, una serie de acontecimientos son capaces de poner en marcha toda esta patología, ya sean éstos un sinnúmero de situaciones o eventos cotidianos (ROJAS, 2003).

3.4.1. Tipos de Ansiedad.

Se distingue los siguientes tipos de ansiedad:

- **Ansiedad Exógena o Propiamente dicha.**

Es aquella que proviene de los sentimientos vitales de ese estrato llamado vitalidad donde parece que confluyen lo somático y lo psíquico. Deriva de lo psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional, se trata de una serie de estructuras nerviosas, entre las que se destaca el sistema límbico principalmente; la corteza cerebral, un sistema de interrelaciones que se establece entre los dos anteriores, a los que se deben añadir una serie de sistemas de activación, unos específicos para cada tipo de trastorno emocional y otros inespecíficos para toda la endocrinología y el sistema nervioso vegetativo (COLECTIVO, 1997).

- **Ansiedad Exógena o propiamente dicha.**

Es aquel estado de amenazas inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados; situaciones entronizadas de tensión emocional; crisis de identidad personal, problemas provenientes del medio ambiente (SOPENA, 1930).

- **Angustia existencial.**

De acuerdo con Rojas E., es aquel que proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino con la muerte y con el más allá. Esta es buena siempre y cuando el sujeto no termine traumatizado y sin darse cuenta, termine en una ansiedad patológica (REEDER, 2011).

3.4.2. Causas que producen Ansiedad.

Podemos distinguir cuatro parcelas fundamentales de donde pueden originarse fenómenos ansiosos. Son los aspectos: endógenos, biológicos, psicológicos y sociales. Por tanto, podemos afirmar que la ansiedad aun siendo una manifestación esencialmente endógena tiene una génesis poli dimensional (ROJAS, 2014).

a) Lo endógenos de alguna manera, el patrimonio físico heredado.

b) Lo biológico alude a que muchas enfermedades físicas producen ansiedad, que se añade a los síntomas de ese cuadro clínico. Por lo general, esto suele suceder en enfermedades graves, importantes, de envergadura, donde existe un riesgo vital auténtico (WORCHEL, 2002).

c) Lo psíquico, la articulación de los diferentes momentos biográficos que se conexionan entre sí y hacen emerger la ansiedad como ser los traumas biográficos que la historia de cada persona y los traumas que han padecido como ser muertes de seres queridos, humillaciones y frustraciones (APPI, 2013).

d) Lo social, es el aislamiento, soledad, incomunicación, vida rutinaria y la desocupación.

3.4.3. Clasificación de los síntomas de la Ansiedad.

Para Rojas, la ansiedad no es un fenómeno unitario, se manifiesta de muy variadas formas. Su sintomatología en cada sujeto puede aparecer relativamente distinta; Rojas, reúne a esta sintomatología en cinco grupos: físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y por último los síntomas asertivos (LENAN, 2015).

- **Síntomas Físicos:** Se producen por una serie de estructuras cerebrales intermedias. Donde se orientan las bases neurofisiológicas de las emociones; el hipotálamo y el sistema nervioso simpático que produce en la médula suprarrenal grandes cantidades de adrenalina (MARÍN, 2015).
- **Síntomas Psicológicos:** Son aquellos que se captan a través del lenguaje verbal, es una vertiente subjetiva, pues la información que obtenemos va a depender directamente de la riqueza psicológica del paciente, de la capacidad de bucear y descubrir sus sentimientos, y sobre todo de su capacidad de expresar, referir, relatar lo que se mueve dentro de ellos (ROJAS, 2003).
- **Síntoma de Conductas:** Se denominan así a todos aquellos síntomas que pueden observarse desde afuera, sin necesidad de que el sujeto cuente lo que le pasa (APPI, 2013).
- **Síntomas intelectuales:** Hacen referencia a un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación de la información (SOPENA, 1930).
- **Síntomas Asertivos:** Se define como el trastorno de las habilidades sociales. Dificultad para un comportamiento personal y social adecuado a cada situación. (ROJAS, 2003).

3.4.4. Niveles de la Ansiedad.

La ansiedad no es algo rígido, se da en muchos matices y existen diferentes niveles de la misma, dependiendo de cómo reaccionemos a las diferentes presiones de la vida. Dentro de cada uno de estos niveles se pueden reconocer diferentes síntomas. Como

ya sabemos la ansiedad nos altera en una manera global, por lo cual podemos presentar sensaciones físicas, alteraciones en nuestra capacidad de pensamiento, así como comportamiento y emociones (LENAN, 2015).

Cada nivel de ansiedad nos va a afectar de manera diferente y esto, evidentemente, varía de persona a persona, sin embargo, sí está comprobado que algunas sensaciones van surgiendo conforme acumulamos ansiedad (WORCHEL, 2002).

- **La Ansiedad Normal.**

Es aquella que se presenta con una intensidad baja o media con una duración poco prolongada y cuando existen motivos que nos puedan llevar a sentirnos ansiosos. Es decir, que con una ansiedad normal podríamos llegar a saber exactamente qué es lo que nos causa ansiedad. Tal como sucede con los actores y otros artistas con el miedo escénico cuando tienen que salir al escenario por primera (o sexta) vez. Esta ansiedad es manejable y el individuo puede sobreponerse a ella y llegar a reducir la sensación ansiosa que siente (ROJAS, 2014).

- **Ansiedad Leve.**

Cuando tenemos ansiedad en este nivel, sentimos una cierta incomodidad y es normal tener una sensación constante de que algo no encaja. No debemos olvidar que la ansiedad es una respuesta natural de nuestro organismo, no es una enfermedad, estamos hechos para tolerar una cierta cantidad de la misma sin que esto sea algo negativo. En este punto nuestros sentidos y percepción están alerta y estas reacciones hacen que nos sea más fácil concentrarnos, aprender, resolver problemas y ponernos a salvo, entre otras cosas (ROJAS, 2003).

- ✓ *Sensaciones físicas.*

Dificultad para respirar (ocasionalmente).

Palpitaciones o aumento de la presión arterial.

Ligeras molestias estomacales.

Tensión muscular.

✓ *Capacidad de pensamiento.*

Mayor concentración.

Resolver problemas de manera eficaz.

Facilidad para aprender.

✓ *Comportamiento y emociones.*

No puede quedarse quieto.

Impaciencia.

Necesidad de estar en soledad o aislarse.

• **Ansiedad moderada.**

Ansiedad moderada ya produce sensaciones inquietantes, normalmente nos hace sentir nerviosos o agitados. Cuando presentamos ansiedad moderada, perdemos la percepción general de las cosas y comenzamos a centrarnos más en los detalles (ROJAS, 2003).

✓ *Sensaciones físicas.*

Tensión muscular.

Vista nublada, por la dilatación de las pupilas.

Sudoración.

Necesidad frecuente de orinar.

Dolores de cabeza.

Dificultad para dormir, insomnio.

✓ **Capacidad de pensamiento.**

Dificultad para concentrarse.

Disminución de la capacidad de atención

Disminución de la capacidad para resolver problemas

✓ *Comportamiento y emociones.*

Incomodidad.

Pérdida de confianza.

Agitación e impaciencia.

Temor o preocupación constantes.

• **Ansiedad Severa.**

La ansiedad severa se experimenta cuando no logramos dejar de preocuparnos y constantemente sentimos que hay algo que puede salir mal. En este punto se agudiza el temor. Cuando alcanzamos niveles tan fuertes de ansiedad, podemos experimentar lo que se conoce como “ataque de pánico” que es, a grandes rasgos la respuesta completa de lucha o huida, en la cual el cuerpo dispara las reacciones necesarias para que nos pongamos a salvo ante la presencia de algo diferente y no es una amenaza: se muestra la respuesta de miedo y angustia (ROJAS, 2014).

✓ **Sensaciones físicas.**

Tensión muscular severa

Hiperventilación.

La transpiración aumenta.

Tensión en la mandíbula, rechinar los dientes.

Temblores.

Palpitaciones aceleradas y fuertes.

Molestias estomacales.

✓ *Capacidad de pensamiento.*

Campo limitado de la percepción.

Dificultad para pensar claramente y concentrarse.

Preocupación sin una razón justificable.

Pensamientos de centrados en el temor o la posibilidad de volverte loco/a o de estar gravemente enfermo/a.

3.4.5. Ansiedad de los adolescentes institucionalizados.

La pubertad es una etapa muy inestable y por eso los trastornos de ansiedad aparecen con más frecuencia. Si en la infancia, el adolescente empieza a ser obligado por la familia y la sociedad a asumir responsabilidades de la vida adulta, eso genera miedo en el joven. Incluye varios factores para qué desarrolle este trastorno que muchas veces se suele confundir con un estado pasajero. La historia familiar, es decir, los antecedentes genéticos: las características de su entorno, que incluye su ambiente social y sus familiares directos como su personalidad y su estado emocional (SALUD Y BIENESTAR, 2015).

Los trastornos de ansiedad se empiezan a diagnosticar a los 14 años y en algunos casos más temprano, los síntomas tienden a ser crónicos, tienen buen pronóstico si la familia del adolescente o el propio joven identifica síntomas de que está empezando a sufrir problemas de ansiedad (SOPENA, 1930).

En los adolescentes institucionalizado se percibe un nivel de ansiedad normal en relación a los no institucionalizados, esto quiere decir que raras veces presentan cuadros con patologías físicas o psicológicas como ser fobias u obsesiones, debido a que en dichos lugares de acoyo pueden encontrar la estabilidad que no percibieron de su núcleo familiar. (ROJAS, 2003).

3.5. DEPRESIÓN.

La palabra depresión proviene del término latino despresus, que significa “**abatido**” o “**derribado**” se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, se define en general por sus síntomas que pueden parecer enfermedades somáticas. Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas, ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia (AMY, 2008).

Se dice que la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el deprimido más infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable, cada experiencia se acompaña de pena y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustioso, agitado o perplejo y padecer un sentimiento físico o emocional (BECK, 2006).

El término depresión en psicología de conducta hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas) (CARDONAS, 2000).

Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión). Es decir, en este sentido, la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto como un aprendizaje des adaptativo. (MARTÍNEZ, 2015).

3.5.1. Tipos de Depresión.

La depresión se manifiesta en formas diferentes, algunas de ellas pueden superponerse. Los psiquiatras pueden dar más de un diagnóstico, ya que la enfermedad a menudo está ligada con otros problemas como abuso de sustancias, trastornos relacionados con la comida o trastornos de ansiedad (MONROY, 2004).

- **Depresión Mayor:** Cuando los síntomas son intensos. normalmente una depresión mayor es una enfermedad muy evidente, el paciente se halla triste, desanimado, cansado, etc. (SMITH y MACKIE, 1995).
- **Depresiones enmascaradas:** Son trastornos en los que predominan los síntomas físicos: cansancio, dolores diversos, vértigos, vómitos, etc., sobre los

psicológicos, a los que a veces se llama “nervios” en el estómago, en el corazón (CHACÓN, 2014).

- **Depresiones con obsesiones:** Las obsesiones, pensamientos repetitivos o acciones repetitivas sobre algún tema, pueden ser el único síntoma evidente en este tipo de depresiones (GESTIO, 2015).
- **Depresiones mitigadas o distimias depresivas:** Distimia quiere decir “humor perturbado”, en este trastorno la persona suele estar con cambios de humor, irritabilidad, problemas de concentración y, de vez en cuando, altibajos depresivos (CARDONAS, 2000).

Las distimias son muy engañosas, pueden durar años y no diagnosticarse como un trastorno depresivo, lo típico es que duren mucho tiempo, y que el paciente no pase más de dos meses libre de trastornos, es frecuente la incidencia de desavenencias familiares, personales, laborales, etc., a causa de los cambios de humor (MARTÍNEZ, 2015).

- **Depresiones con crisis de ansiedad:** Las crisis de ansiedad, también llamadas crisis de pánico, consisten en un inmenso estado de ansiedad, agitación, ahogo, palpitaciones, temblor, sudación, escalofríos, taquicardia y sensación de que a uno le va dar algo o que se va a morir. Durante la crisis de ansiedad el paciente suele presentar agorafobia, que se define como el miedo de estar en lugares de donde sea difícil o embarazoso escapar, en el caso de que apareciera una crisis de ansiedad (BECK, 2006).

3.5.2. Síntomas de Depresión.

Para tener un mayor entendimiento de los síntomas y efectos en las actividades del individuo, se pueden definir los siguientes aspectos:

- **Desmotivación;** la desmotivación supone la existencia de limitaciones contra las que es muy difícil luchar y vencer, tales como las bajas expectativas y atribuciones equivocadas, falta de hábitos, prejuicios, falta de conocimiento y habilidades frente a los que es difícil obtener algún cambio (MONROY, 2004).

El ser humano necesita motivos para actuar, ilusiones, objetivos que den sentido a su vida. Llega a la depresión y permanece en ella por una apatía, una desgana, una desilusión y falta de sentido en su vida que le parece “vegetativa”, absurda (CHACÓN, 2014).

Por consiguiente es más preciso considerar que el estar motivados consiste en:

- Mantener los objetivos, las ilusiones, para que no languidezcan por cansancio, olvido, dispersión, tentaciones, etc., referido más correctamente a la madurez de una persona adulta, de su capacidad para perseverar ante las dificultades, la firmeza de no caer en el territorio antes de tiempo, de ser capaz de reanimarse, darse nuevo aliento, evocando las razones y las cosas que daban sentido a sus nuestros planes, revitalizar, limpiar las motivaciones que se han diluido o se han olvidada en el trajín del día a día (esta operación se llama el arte de auto motivarse) (GESTIO, 2015).
- Búsqueda de nuevos objetivos; buscar nuevas cuando ya se han acabado las anteriores, lo que requiere un comportamiento de exploración, de búsqueda, de correr el riesgo de probar cosas nuevas. La habilidad de edificar nuevas vidas sobre las cenizas de las anteriores marca la diferencia entre la persona que se hunde ante el fracaso, la muerte o la enfermedad y la que remonta (MARTÍNEZ, 2015).

Es importante, sin embargo que para la búsqueda de nuevos objetivos la flexibilidad de la personalidad ayuda a “ser de diversas maneras”, aunque a veces la educación mal entendida, parece que predica más bien el “ser siempre la misma persona” lo cual produce una rigidez peligrosa, sobre todo en las situaciones excepcionales que estamos contemplando, y las muestras que la sociedad compleja se empeña en proporcionarnos (SMITH y MACKIE, 1995).

Intelectualmente, también se requiere por parte del individuo el arte “activo” de buscar nuevas ilusiones consistentes en poder imaginar acontecimientos agradables,

historias posibles, nuevos caminos, nuevos parajes y por ello mismo tener ante los ojos una promesa de goce (MONROY, 2004).

3.5.3. Niveles de la Depresión.

- **Depresión leve.**

La depresión se leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con **depresión leve** puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana (AMY, 2008).

Sin embargo, esta depresión leve, a la que algunos llaman distimia, no debe tomarse a la ligera ya que en muchos casos conduce a una depresión crónica. Es esa creencia de que es normal estar tristes, angustiados y sin ilusión cuando las cosas no nos van bien lo que hace que muchas veces la depresión leve se quede sin tratamiento. Se trata de un grave error ya que la insatisfacción vital permanente no sólo acarrea trastornos emocionales sino un sinfín de enfermedades (CHACÓN, 2014).

- **Depresión Moderada.**

Del enorme listado de los síntomas de depresión, la depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la **seguridad** y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales (GESTIO, 2015).

Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de cómo la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquellos que la rodean (MONROY, 2004).

- **Depresión Severa.**

La **depresión severa** o grave no es que sea la más grave de las tres. Es que se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas. Estamos ante una parálisis vital en toda regla (SMITH y MACKIE, 1995).

En contra de lo que pueda parecer, y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de **superar**, ya que la evidencia de sus síntomas, de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez (BECK, 2006).

3.5.4. Depresión en los adolescentes institucionalizados.

Aunque la mayoría asocia a la palabra depresión a la edad adulta, lo cierto es que 5 de cada 100 adolescentes sufren de este trastorno. La depresión es un trastorno que puede presentarse en la adolescencia y que dificulta la personalidad del joven para seguir con su rutina diaria y quiebra los cimientos de su relación con familiares y amigos (CARDONAS, 2000).

Por esto, es importante que los padres de los adolescentes estén atentos y puedan detectar signos de un posible estado depresivo en sus hijos. Sin embargo, pueden resultar difíciles de diferenciar de los habituales altibajos anímicos presentes y normales en dicha etapa evolutiva (AMY 2008).

En relación a los adolescentes institucionalizados se puede indicar que presentan cierto nivel de depresión, es decir, que existe disminución general de la actividad psíquica, que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad, al pertenecer a una casa hogar y depender de los demás, que no sea su familia y no recibir amor, cariño y cuidado de su propio hogar (CHACÓN, 2014).

3.6. LA INSTITUCIONALIZACIÓN.

Es un término polisémico que se aplica a distintos contextos relativos a las instituciones, especialmente a su proceso de creación o fundación. En contextos sociológicos y psiquiátricos, se aplica a la sumisión de un individuo al régimen de vida de una institución como el orfanato, el servicio militar, el asilo, la cárcel o el manicomio; donde vive internado durante un largo periodo, hasta hacerse dependiente de ella, más allá del tratamiento que recibe y que teóricamente debería estar orientado a su reinserción en la sociedad (FERNÁNDEZ, 2013).

3.7. ANTECEDENTES DE ALDEAS INFANTILES SOS.

Aldeas Infantiles SOS es una organización no gubernamental de alcance mundial, sin fines de lucro y de desarrollo integral, que está presente en 134 países. Apoya a las familias y les permite a los niños y niñas tener un hogar protector con sus padres o tutores a cargo de su cuidado, respetando las diferentes religiones y culturas. Creemos que todo niño y niña debe crecer en un entorno familiar protector donde pueda desarrollarse. Nuestro propósito es ayudar a las familias en todo el mundo para que esto se haga realidad (UNICEF, 2015).

Para lograr nuestro propósito, Aldeas Infantiles SOS dirige un programa único desarrollado en más de 60 años con el apoyo de donantes y amigos. Con la realización de acciones directas y el trabajo con aliados en la comunidad, logramos que los niños y niñas vivan con sus padres o tutores a cargo de su cuidado y puedan crecer con sus hermanos y hermanas en un hogar protector (OIT, 2015).

Trabajamos para contribuir al desarrollo social, según lo establecido en la "Convención sobre los derechos del niño", promoviendo el ejercicio y respeto de estos derechos en todo el mundo. Nos centramos en el cuidado, salud, educación y desarrollo en general de cada persona. Somos diferentes a otras organizaciones porque les brindamos a cada niño y niña lo que necesita. Llegamos a conocer a todos los niños y niñas en nuestro cuidado y trabajamos con ellos para que desenvuelvan un

plan de desarrollo individual. Continuamos ofreciendo nuestro apoyo hasta que los y las jóvenes estén listos para convertirse en adultos independientes (UNICEF, 2015).

Aunque cada niño y niña es único, nuestra amplia experiencia nos indica que todos los niños y niñas necesitan relaciones duraderas y fiables y que éstas se desarrollan más adecuadamente en entornos familiares, en los cuales el cariño dedicado de un cuidador o cuidadora es vital (UNODC, 2015).

Del mismo modo, levantamos la voz en nombre de los niños y niñas ante los gobiernos y organizaciones internacionales en la lucha para acabar con las violaciones de los derechos de los niños y las niñas y para mejorar sus condiciones de vida (UNICEF, 2015).

3.7.1. Historia de Aldeas Infantiles SOS.

La primera Aldea Infantil SOS fue fundada por Hermann Gmeiner en 1949, convirtiendo a Aldeas Infantiles SOS en la pionera al definir un modelo de atención familiar en Bolivia y el mundo (UNODC, 2015).

Historia de Aldeas Infantiles S.O.S Basado en la defensa y restitución de los derechos de niños y niñas, el concepto del modelo familiar de protección integral, creado por el fundador Hermann Gmeiner, se implementa en Bolivia hace 46 años con la primera Aldea Infantil SOS creada en la ciudad de Cochabamba; la misma que derivó de una de las obras filantrópicas más antiguas del país: la Gota de Leche (UNICEF, 2015).

Las religiosas que administraban la Gota de Leche establecieron contacto con Hermann Gmeiner para solicitar la conversión de ésta en la primera aldea infantil SOS del país, años más tarde la obra se había extendido una a una en más ciudades del país (OIT, 2015).

3.7.2. La Misión de Aldeas Infantiles SOS.

Creamos familias para los niños/as que lo necesitan. Trabajamos en favor de niños/as huérfanos, abandonados o cuyas familias no pueden hacerse cargo de ellos. Les damos a estos niños/as la oportunidad de crear relaciones duraderas dentro de una familia (UNICEF, 2015).

Nuestro modelo familiar en Aldeas Infantiles SOS se basa en cuatro principios: Cada niño/a necesita una madre, y crece de la manera más natural con hermanos y hermanas, en su propia casa, dentro del entorno de una aldea que lo apoya. Brindamos a los niños/as la posibilidad de vivir de acuerdo con su propia cultura y religión, y de llegar a ser miembros activos de la comunidad. Ayudamos a los niños/as a descubrir y expresar sus habilidades, intereses y talentos individuales (GONZALÉS, 1981).

Nos aseguramos que los niños/as y adolescentes reciban la educación y la formación que necesitan para ser miembros activos y exitosos de la sociedad. Participamos en la vida comunitaria y respondemos a las necesidades de desarrollo social de sus miembros más vulnerables - los niños/as y jóvenes. Establecemos instituciones y programas que tienen como meta fortalecer a las familias y prevenir el abandono de los niños/as. Unimos esfuerzos con los miembros de la comunidad para brindar educación y atención médica, y también para responder a emergencias (UNICEF, 2015).

3.7.3. La Visión de Aldeas Infantiles SOS.

La familia es el núcleo de la sociedad. Dentro de una familia cada niño/a y adolescentes protegido y disfruta de un sentido de pertenencia. Aquí el niños/as y los adolescentes aprenden valores, comparten responsabilidades y establecen relaciones que perduran toda la vida (OIT, 2015).

A través del amor y la aceptación, las heridas emocionales sanan y se desarrolla confianza. Los niños/as aprenden a creer y confiar en sí mismos y en los demás. Con esta seguridad cada niño/a puede descubrir y aprovechar sus potencialidades. Se escucha la opinión de cada niño/a y se la toma en serio. Los niños/as participan en la toma de decisiones que afecten sus vidas y se los guía para que sean los protagonistas de su propio desarrollo. El niño/a y adolescente crece con respeto y dignidad como un miembro apreciado de su familia y de la sociedad. Los niños/as son protegidos del abuso, abandono y explotación, y son protegidos en casos de desastres naturales o de guerras. Los niños/as reciben abrigo, alimentación,

atención médica y educación. Estos son los requerimientos básicos para el desarrollo adecuado de todos los adolescentes (FERNÁNDEZ, 2013).

3.8. HUÉRFANOS.

UNICEF y sus aliados mundiales definen a un huérfano como un niño o niña que ha perdido uno o ambos progenitores. De acuerdo con esa definición, en 2005 había más de 132 millones de huérfanos en África subsahariana, Asia y América Latina y el Caribe. Esa cifra comprendía no sólo a los niños y niñas que habían perdido ambos progenitores sino también a los que habían perdido el padre pero no la madre, o que eran huérfanos de madre pero tenían padre (UNICEF, 2015).

De los más de 132 millones de niños y niñas clasificados como huérfanos, sólo 13 millones habían perdido ambos progenitores. Existen pruebas convincentes de que, en su gran mayoría, los huérfanos y huérfanas viven con uno de sus progenitores, sus abuelos u otros miembros de su familia. En el 95% de los casos, se trata de niños y niñas mayores de cinco años (UNODC, 2015).

La definición mencionada no concuerda con el concepto de orfandad aceptado en muchos países industrializados, donde para ser considerado huérfano, el niño debe haber perdido tanto al padre como a la madre. UNICEF y muchas organizaciones internacionales adoptaron la definición más amplia del concepto de orfandad a mediados del decenio de 1990, cuando la pandemia del SIDA comenzó a causar la muerte de millones de padres y madres en todo el mundo y a privar a un número cada vez mayor de niños y niñas del cuidado y la atención de uno o ambos progenitores. Para explicar este aspecto de la creciente crisis se acuñaron los términos “huérfano de padre o madre” para quienes habían perdido un solo progenitor y "huérfano doble" para quienes habían perdido ambos (UNICEF, 2015).

Esas diferencias en materia de terminología pueden tener efectos concretos sobre las políticas y los programas orientados a la niñez. Por ejemplo, se puede interpretar que las estadísticas de UNICEF sobre los "huérfanos" indican que en el mundo hay 132 millones de niños y niñas que necesitan una familia nueva, además de albergue y

atención. Esa interpretación errónea puede dar lugar a respuestas que se concentren en la prestación de atención y cuidado individual de los niños y niñas en lugar de brindar apoyo a las familias y comunidades necesitadas que cuidan a los huérfanos. Existe un consenso cada vez más amplio de que para superar esa confusión será necesario revisar el término “huérfano” y la manera en que se emplea (MICROSOFT ENCARTA, 2009).

3.8.1. Factores que incrementan la existencia de huérfanos.

➤ Huérfanos a causa del SIDA.

Una de las principales causas de que los niños se queden huérfanos es la epidemia del VIH/SIDA. Un niño queda huérfano cuando uno de sus padres muere a causa de este virus. El niño, a su vez, puede o no haber contraído el virus. En 2008, cerca de 430.000 niños se infectaron con el virus del VIH. En la mayoría de los casos, el virus se transmitió de la madre al niño (GONZALES, 1981).

Esta situación podría evitarse si existiese una atención sanitaria adecuada. Sin embargo, normalmente, los países más pobres no tienen acceso a tratamientos médicos. Mientras la propagación de infecciones por SIDA continúa sin control, el número de huérfanos a causa del virus seguirá creciendo (UNICEF, 2015).

➤ Otros factores significativos.

Los niños también pueden perder a uno de sus padres a causa de los desastres naturales, el hambre y/o la guerra. Asimismo, las guerras también contribuyen al desplazamiento de los niños a través de las fronteras. La pobreza extrema, las enfermedades, los abusos y el incesto también pueden romper el núcleo familiar y, como consecuencia de ello, los niños son abandonados (OIT, 2015).

➤ Cifras clave.

Alrededor de 170 millones de niños en el mundo son huérfanos. Alrededor de 71 millones de huérfanos viven en Asia, 59 millones en África y casi 9 millones en Latinoamérica y el Caribe. 31 millones de huérfanos se encuentran en la India. En 2007, se contabilizó 15 millones de huérfanos a causa del SIDA. El VIH mata a un

padre o a una madre cada 15 segundos (EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2015).

➤ **Consecuencias de la orfandad.**

Un niño huérfano se encuentra solo en un mundo de adultos. Los huérfanos sufren graves violaciones de la mayoría de sus derechos (UNICEF, 2015):

- **Nutrición:** Los niños huérfanos no tienen los medios para poder alimentarse adecuadamente.
- **Vivienda:** Estos niños, por lo general, viven sin techo en las calles.
- **Educación:** En la mayoría de los casos, lo primero que se sacrifica es la educación. Los huérfanos deben ocuparse no sólo de sus propias necesidades, sino también de las de aquellos niños más pequeños que estén a su cuidado.
- **Salud:** Raramente los huérfanos dan prioridad a su salud por encima de la alimentación o la vivienda. Sus condiciones de vida y actividades diarias son extremadamente perjudiciales para su salud, debido a las peleas callejeras, las drogas, los embarazos, las enfermedades de transmisión sexual, la malnutrición, y las pésimas condiciones laborales.
- **Trabajo infantil:** Algunos huérfanos buscan trabajo para escapar de su nefasta situación, pero suelen ser explotados con trabajos degradantes y peligrosos. La Organización Internacional del Trabajo publicó que la mayoría de los huérfanos trabajan en la agricultura comercial como vendedores ambulantes, empleados del hogar o en la industria del sexo, más habitualmente que otros niños.
- **Adopción internacional:** La adopción internacional es otra alternativa para mantener el equilibrio adecuado de los niños en el mundo. La Convención de la Haya de 1993 sentó las bases de la protección infantil y la cooperación internacional, permitiendo a los huérfanos ser legalmente acogidos por una familia. Se deben cumplir muchas condiciones para proteger los intereses del niño. Este proceso transparente permite evitar la propagación del tráfico infantil.

Sin embargo, es difícil confiar en la adopción internacional en muchas situaciones, especialmente cuando el niño ha sido separado de su propia familia por la guerra o los desastres naturales. El objetivo principal, en estos casos, es encontrar a la familia del niño antes de considerar la adopción internacional (FERNÁNDEZ, 2013).

➤ **Limitar la propagación del virus del SIDA.**

Si el VIH/SIDA fuese controlado, el número de huérfanos en el mundo descendería. Las campañas de prevención y revisión son necesarias para alcanzar este objetivo, así como para garantizar el acceso al tratamiento (UNICEF, 2015).

La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, firmada por la mayoría de los países, reconoce que los huérfanos necesitan un cuidado especial que incluye la no discriminación de estos niños y el acceso a cuidados sanitarios, educación y vivienda (OIT, 2015).

3.9. EFECTOS DE SER HUÉRFANO.

3.9.1. Desarrollo físico inhibido.

Mientras que el contacto afectivo se asocia con una disminución de los niveles de estrés, la privación del tacto y los aumentos resultantes de estrés están asociados con sistemas inmunes debilitados, disminución de la velocidad de recuperación física, crecimiento anormal y mala salud en general, incluso cuando se cumplen todas las demás necesidades básicas (UNODC, 2015).

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Minnesota encontraron que los niveles de la hormona de crecimiento natural de los niños que viven en orfanatos tendían a ser más bajos de lo normal y que tenían un típico retraso en la pubertad de un año y medio a dos años. Otro estudio realizado por investigadores de la Universidad de Oxford llegó a la conclusión de que la altura de los niños que perdieron a sus padres antes de los 15 años en promedio fue de aproximadamente 2 centímetros menos que los individuos que tuvieron a sus padres (UNICEF, 2015).

En un estudio de 2003, un grupo de niños coreanos que vivían en un orfanato recibió 15 minutos adicionales de exposición a una voz femenina, contacto afectivo y

contacto visual dos veces al día durante 4 semanas. En comparación con otros niños que viven en el orfanato, experimentaron menos enfermedades y aumentos significativos en el peso, la longitud del cuerpo y la circunferencia de la cabeza a los seis meses de edad (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2014).

3.9.2. Aumento de la susceptibilidad a los riesgos psicológicos y a los problemas emocionales.

El aumento de la susceptibilidad a la depresión y la ansiedad es otro resultado de los niveles de estrés aumentados asociados con ser huérfano. Un estudio realizado en 1997 por la Universidad de Makerere encontró que los trastornos psiquiátricos eran 3,5 veces más probables entre los niños en los orfanatos, en comparación con los niños que viven con sus familias. Dado que los niños pequeños no pueden entender la finalidad de la muerte, no son capaces de aprovechar en su totalidad el proceso de duelo, que ayuda a los adultos a hacer enfrentar la pérdida, y como resultado pueden crecer con ira no resuelta, depresión y ansiedad (SMITH y MACKIE, 1995).

3.9.3. Desarrollo cognitivo y mental inhibido.

El cortisol es una hormona del estrés que aumenta debido a la falta de contacto físico. En niveles consistentemente altos, inhibe el desarrollo del tejido normal del cerebro y daña el tejido cerebral existente. Dado que una de las regiones más afectadas es el hipocampo, responsable del aprendizaje y la memoria, los huérfanos privados de afecto tienden a experimentar dificultades de aprendizaje. Un estudio que comparó los cocientes de inteligencia de los huérfanos rumanos en hogares adoptivos con los de los niños en los orfanatos sugiere que el cuidado en un entorno familiar puede contrarrestar por lo menos algunos de estos efectos en las mujeres. Las niñas en acogimiento familiar promediaron una puntuación de CI de 82, en comparación con el CI promedio de la población general de 100, mientras que en los orfanatos promedio tuvieron un CI de 70. Por otro lado, los varones en cualquiera de los casos promediaron puntuaciones de CI de 60 (FERNÁNDEZ, 2013).

3.9.4. Desarrollo social y conectividad inhibidas.

El desarrollo social poco saludable es otro de los efectos a largo plazo. Los huérfanos se ven privados por lo general de la exposición consistente y real al amor, el afecto, el calor que contribuyen a la conexión social saludable. El contacto físico contribuye al desarrollo del sistema nervioso, la confianza en los demás y un sentido de autoestima. Los niños privados de contacto son más susceptibles a la paranoia, la inseguridad y la desconfianza (UNICEF, 2015).

3.9.5. Orfandad en Bolivia.

En Bolivia viven 845.410 niños en situación de orfandad. Así lo reveló una investigación presentada la semana pasada por Aldeas Infantiles SOS, una organización no gubernamental que trabaja para proteger niños en situación de riesgo, y que pone sobre el tapete un tema que ha sido poco estudiado en el país (EL PAÍS, 2015).

El trabajo, titulado Situación de los derechos de la infancia de niños y niñas que han perdido el cuidado de sus padres o están en riesgo de perderlos, ilustra las circunstancias en las que viven miles de menores en el país que, a raíz de la muerte de alguno de sus padres, se ven obligados a desarrollar tareas y a asumir roles que no están acordes con su edad (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2014).

El estudio identifica tres tipos de orfandad que permiten catalogar a los menores como huérfanos simples, que se refiere a la pérdida de uno de los padres; huérfanos dobles, aquellos que han tenido que afrontar la muerte del papá y la mamá, y un tercer tipo relacionado con el fallecimiento de la persona a cargo del menor (EL PAÍS, 2015).

Precisamente uno de los datos que causaron mayor preocupación tiene que ver con el gran número de niños que están totalmente desprotegidos, ya que en esta situación son más proclives a ser explotados. Una prueba de esto son los 14.887 menores huérfanos que figuran como empleados domésticos, es decir, que son acogidos de

forma ilegal por una familia que a cambio de hospedaje y comida, los obliga a realizar labores de servicio en la casa (UNICEF, 2015).

Existen vacíos en cuanto a políticas públicas que garanticen una protección real a los menores. Otro de los datos alarmantes es que alrededor de 40.000 niños, de entre 12 y 17 años, son cabeza de hogar. Esta situación se presenta con más frecuencia en departamentos del sur del país como Chuquisaca y Tarija (MINISTERIO DE JUSTICIA, 2014).

Para contrarrestar este flagelo, entidades estatales ofrecen programas específicos para los menores que perdieron a sus padres, especialmente por causas de violencia u otros. Uno de ellos consiste en brindar un subsidio económico a los hogares que deseen acoger al menor, sin importar si son familiares o no. En caso de que no haya un hogar que se haga cargo de los niños, se ofrece programas de adopción en distintas partes del país (UNICEF, 2015).

3.9.6. Los efectos de ser un huérfano.

Los efectos de la orfandad se ven a largo plazo en especial en cuanto al desarrollo deficitario en cuanto a lo social, cognitivo, psicológico y físico, por lo general cuanto menor es la edad del niño que ha quedado huérfano y cuanto más tiempo se queda en un orfanato tendrá un efecto negativo en el niño en cuanto a su desarrollo físico, especialmente se ve afectado su sistema inmune y la disminución de la recuperación física y el crecimiento normal. Debido principalmente a la falta de cariño que experimenta. Un estudio de la universidad de Minnesota ha demostrado que los niños que viven en orfanatos tienen un menor crecimiento hormonal por lo que la entrada a la pubertad se retrasa entre un año o dos años (EMBAJADA DE LOS ESTADOS UNIDOS, 2015).

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPIFICACIÓN DE LA DE INVESTIGACIÓN.

Por las características que conlleva, la presente investigación corresponde al área de la Psicología Clínica, porque es *“una forma aplicada de la psicología, la cual apunta a definir las capacidades del comportamiento y las características conductuales de un individuo, mediante el uso de métodos de observación de medición y análisis, los cuales con base en una integración de estos hallazgos y con los datos obtenidos a partir de la exploraciones físicas, y de las históricas sociales, proporcionan sugerencias y recomendaciones para el ajuste adecuado del individuo”*(COMPÁS, 2005; 13).

Por las características y el objetivo que conlleva la presente investigación, se tipifica como una investigación de carácter:

- ***Exploratorio***, puesto que permite brindar información acerca del perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija, ya que *“los estudios exploratorios, se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes”* (HERNÁNDEZ, 2006; 17).
- ***Descriptivo***, porque se busca detallar, nombrar las características y propiedades acerca del perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija. La investigación de tipo descriptiva *“...busca desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. El objetivo consiste en llegar a conocer la situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas”* (HERNÁNDEZ, 2010; 18).

Además como dice Tamayo (2004) *“comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos.*

Trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta”.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.2.1. Población.

La población se constituye en la totalidad de los organismos de una determinada región o espacio geográfico, de la cual se obtuvo una determinada muestra. La población definida como él *“conjunto o universo de personas que van hacer investigadas y que se ubican en el tiempo y el espacio de una manera precisa, por ejemplo los integrantes de una organización, institución, cofradía, clubes, etc., que al ser objeto de estudio, se les aplica las diversas técnicas de recopilación de datos”* (VARGAS, 2014; 16).

La población con la cual se contó para la realización del presente trabajo de investigación sobre el del perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las *“Aldeas Infantiles SOS”* de la ciudad de Tarija”, fueron un total de 50 adolescentes pertenecientes a la institución.

Cuadro N° 1

Población

EDAD	HOMBRE	MUJERES	TOTAL
De 12a 13 años	5	2	7
De 14a 15 años	5	3	8
De 16a 17 años	3	8	11
De 18 años	7	17	24
TOTAL	20	30	50

Fuente *Aldeas Infantiles S.O.S.*

4.2.2. Muestra.

Para *investigador decide utilizar por alguna causa de fuerza mayor a toda la población en su conjunto; por lo cual la cantidad total de la población viene a ser la misma cantidad de la muestra*” (SCHEAFFER, 2007; 11).la selección de la muestra se utilizó la técnica del muestreo intencional, ya que “*el*

Con el propósito de alcanzar una mejor representatividad en los resultados, se decidió emplear a toda la población total de 50 personas, adolescentes de Aldeas S.O.S. de la ciudad de Tarija, considerando que dicha cantidad es pequeña para obtener de ella una muestra representativa, decidiendo emplear a todo el universo como la muestra requerida, a los cuales se les aplicó los diferentes instrumentos, que respondieron los objetivos de la presente investigación.

4.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

4.3.1. Métodos.

Los métodos que fueron empleados para la realización de la presente investigación son:

- **Métodos Teóricos:** Este método “*lleva a explicar las características del objeto de estudio a través del análisis de documentos, revisión teórica y bibliográfica, participando en todo el desarrollo del trabajo, desde el diseño hasta la interpretación y análisis de la información*” (VIVANCO, 2005; 12). Se trabajó con el respaldo del marco teórico y la interpretación de los datos para realizar un análisis y síntesis de la investigación. Así este método nos facilitó la interpretación conceptual de los datos obtenidos empíricamente mediante el análisis y síntesis.
- **Métodos Empíricos:** “*Explican y revelan las relaciones del objeto de investigación a través de sus variables las que representan un nivel en el proceso de investigación, cuyo contenido, procede de la experiencia, utiliza técnicas como las de los cuestionarios*” (MARÍN, 2007; 12). Este método se utilizó en la

recogida de los datos que permitieron la intervención, registro, medición, análisis e interpretación de la realidad en el proceso de investigación.

- **Métodos Estadísticos.** Este método permite que por *“la información recogida en las escalas numéricas será procesada y tabulada, en base a la cual se calcularán los datos”* (TAMAYO, 2004) estableciéndose cuadros para cada variable propuesta en la operacionalización de variables, estableciendo una representación gráfica de las mismas.

4.3.2. Técnicas.

La técnica que se empleó en el presente trabajo de investigación, fue el del inventario, entendido como un *“proceso de recogida de información por medio de preguntas o enunciados escritos organizados en un inventario, informe y/o test, etc. y que además se emplea para investigar hechos o fenómenos de forma general y no particular.....utilizando información de una muestra representativa para explorar, describir o explicar las propiedades de la población origen”*(VIVANCO, 2005), recurriéndose a la utilización del Cuestionario de Personalidad HSPQ de R.B. Cattell y M. D. Cattell para Adolescentes, Cuestionario de Autoestima 35B de Rogers, Test de Ansiedad de Rojas y el Inventario de Depresión de Beck, los cuales fueron administrados a la muestra representativa de la población, objeto de estudio de esta investigación.

4.3.3. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron para la realización de la presente investigación son los siguientes:

- **Cuestionario de Personalidad HSPQ** (Autor: R.B. Cattell y M. D. Cattell)

El Cuestionario de Personalidad HSPQ de R.B. Cattell y M.D. Cattell (1958), se basa en estudios sistemáticos relacionados con las investigaciones del cuestionario 16 PF para adultos. Consta de 140 elementos, aplicables a escolares de la etapa final de secundaria y de los cursos de pre universitarios y atiende a los rasgos de personalidad del adolescente y sus relaciones con la actividad escolar y el entorno social. Estos 140

elementos se distribuyen en catorce escalas o factores de primer orden: trece rasgos de personalidad y una la habilidad mental o inteligencia. Las 14 escalas apuntan a dimensiones, cuya naturaleza han sido establecidas y aisladas mediante investigación factorial y cada factor representa una dimensión estadísticamente separable en el conjunto de respuestas del cuestionario.

- **Cuestionario de Autoestima 35B:** (Autor: ROGERS, 2001)

El test explora los componentes de la autoestima: cognitivo, afectivo y connotativo o intencional, indagando los distintos cambios emocionales, consigo mismo, entorno social y familiar de las personas. Este inventario consta de 50 ítems a los que el individuo responde con cuatro alternativas con un rango de 0 – 3 “0” = Es mentira; “1” = Tiene algo de verdad; “2”= Creo que es verdad; “3”= Estoy convencido de que es verdad.

Para realizar la obtención del indicador de autoestima se realiza la sumatoria de los resultados individuales de todos ítems con números impares. El resultado que se obtiene de esta prueba es el indicador de autoestima.

La escala de autoestima comprende de 10 rasgos cada uno con sus determinados niveles: Óptimo 61 a 75; Excelente 46 a 50; Muy Bueno 31 a 45; Bueno 16 a 30; Regular 0 a 15; Baja -1 a 15; Deficiente -31 a -45; Muy baja -31 a -60; Extrema -46 a -60; Nulo -61 a -75.

- **Test de Ansiedad:**(Autor: Enrique Rojas)

El Cuestionario de Ansiedad de Rojas (2007) es un instrumento que se ha diseñado como fin último de medir el nivel de ansiedad en sujetos de 12 años en adelante. Consta de 100 preguntas divididas en 5 áreas que pretenden medir síntomas como ser psíquicos, intelectuales, conductuales y asertivos.

Para su aplicación, se le entrega al sujeto un cuadernillo con las preguntas respectivas y una hoja de respuestas donde el sujeto tiene que elegir entre las opciones de sí y no, en caso de elegir sí en ese mismo ítem tiene que elegir la intensidad del síntoma

presentado, que se valora de 1 a 4 (donde 1 es ligero, 2 mediana intensidad, 3 intenso y 4 muy intenso) en cambio si responde a “no sé”, pasa al siguiente ítem.

La escala comprende cinco rangos de cada uno con sus niveles que corresponden de 0 – 20 banda normal, 20 – 30 ansiedad ligera, 30 – 40 ansiedad moderada, 40 – 50 ansiedad grave, más de 50 ansiedad muy grave. El cuestionario tarda aproximadamente entre 30 a 45 minutos.

- **Inventario de Depresión de Beck:**

Fue creado en 1961 por Beck y el mismo hizo la adaptación en español para Latinoamérica. El inventario de depresión de Beck BDI – III Beck T., Aaron, Steer A. Robert, Brow K., y Greogory es un instrumento de auto informe, compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años.

Las afirmaciones constan de cuatro opciones de respuesta, entre las cuales el sujeto tiene que elegir. El BDI-II casi no presenta dificultades en su administración y es fácil de utilizar. El lugar donde se administra el test debe estar bien iluminado para permitir la lectura, además debe ser un entorno lo suficientemente tranquilo a fin de facilitar una concentración adecuada en general. Para completar el BDI-II se requiere entre 5 y 10 minutos.

Las instrucciones para el BDI-II son las siguientes: este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto, verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

4.4. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento de investigación pasó por las siguientes fases para la presentación de un trabajo organizado claro y concreto.

Primera Fase: Revisión Bibliográfica.

En esta etapa primera se buscó información en bibliotecas e internet de todo el material disponible para desarrollar el trabajo de investigación sobre el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija.

Segunda Fase: Selección de Instrumentos.

En esta etapa, se seleccionaron los instrumentos que fueron aplicados a la muestra con la cual se realizó la presente investigación, con la cual se pudo determinar el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija.

Tercera Fase: Aplicación de instrumentos.

En esta etapa se llegó a aplicar los instrumentos seleccionados a los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija, que fueron el Cuestionario de Personalidad HSPQ, Cuestionario de Autoestima 35B, Test de Ansiedad de Rojas y el Inventario de Depresión de Beck que fueron administrados a la muestra representativa de la población permitiendo cumplir el objetivo de la investigación.

Cuarta Fase: Análisis e Interpretación de los resultados.

Luego de la aplicación de los instrumentos seleccionados en la presente investigación y de la recolección de los resultados de los mismos, se realizó el análisis e interpretación de los resultados, para responder a los objetivos propuestos y confirmar o rechazar la hipótesis planteada en el diseño teórico.

Quinta Fase: Redacción y presentación del informe final.

En esta última etapa y al finalizar el proceso de investigación, se lleva a efecto la redacción del informe final, el cual está constituido por los distintos capítulos requeridos en un informe final de tesis. Luego de la redacción del documento final, se da lugar a la presentación del mencionado documento, en el cual se encuentran también las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con los resultados obtenidos.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El presente capítulo contiene toda la información recolectada durante el proceso de investigación a través de las pruebas empleadas a cada sujeto de estudio, con instrumentos seleccionados y orientados objetivamente a conocer el perfil psicológico de los adolescentes de 12 a 18 años de la ciudad de Tarija.

Los resultados que se obtuvieron están organizados en el siguiente orden: Cuestionario de Personalidad HSPQ, Inventario de Autoestima 35B, Cuestionario para valorar el nivel de Ansiedad de Enrique Rojas y el Inventario de Depresión de Beck. A continuación se analizan los datos estadísticos que fueron organizados y expresados en frecuencias y porcentajes, derivando de ello un análisis descriptivo, cuantitativo y cualitativo, el cual sigue el orden de los objetivos planteados.

5.1. PERSONALIDAD.

Para dar cumplimiento al primer objetivo de la investigación que dice: *“Identificar los Rasgos de Personalidad de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija”*, se presenta la siguiente información:

CuadroNº2

RASGOS DE PERSONALIDAD

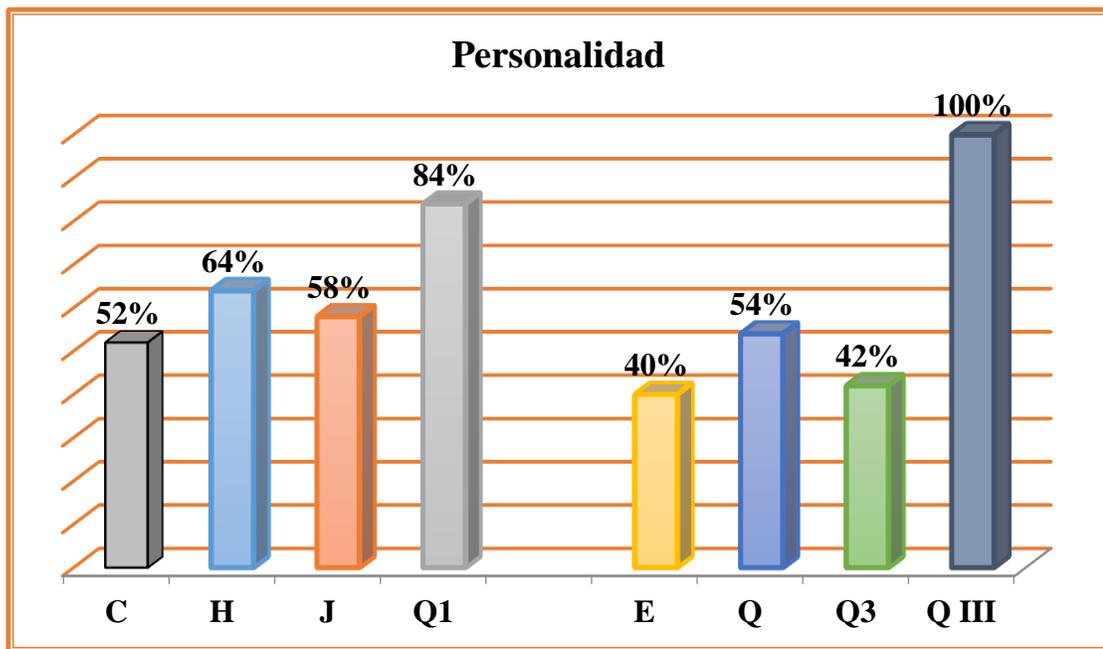
Factores		Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A	Reservado – Abierto	22	44	15	30	13	26	50	100
C	Afectado – Estable	26	52	15	30	9	18	50	100
D	Calmoso – Excitable	18	36	26	52	6	12	50	100
E	Sumiso – Dominante	13	26	17	34	20	40	50	100
G	Despreocupado – Consistente	13	26	32	64	5	10	50	100
H	Cohibido – Emprendedor	32	64	18	36	0	0	50	100
I	Sensibilidad Dura – Blanda	16	32	30	60	4	8	50	100
J	Seguro – Dubitativo	29	58	14	28	7	14	50	100
Q	Sereno – Aprehensivo	4	8	19	38	27	54	50	100
Q²	Sociable – Autosuficiente	6	12	27	54	17	34	50	100
Q³	Menos Integrado	6	12	23	46	21	42	50	100
Q⁴	Relajado – Tenso	8	16	30	60	12	24	50	100
Factores de 2º Orden		Bajo		Medio		Alto		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Q I	Ansiedad baja – Ansiedad alta	42	84	5	10	3	6	50	100
Q II	Introversión – Extraversión	13	26	23	46	14	28	50	100
Q III	Calma – Excitabilidad	0	0	0	0	50	100	50	100
Q IV	Dependencia – Independencia	4	8	15	30	31	62	50	100

Fuente: *Elaboración Propia.*

La personalidad para Catell es: “*aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada*”. Este autor es uno de los representantes de lo que se ha llamado, la psicología de los rasgos, componente básico de la personalidad.

Por ende, se ha orientado al descubrimiento de los elementos que configuran la personalidad, y al desarrollo de pruebas para poder valorar éstos, entre las cuales se encuentra el Cuestionario de Personalidad HSPQ de R. Cattell (1889; 75) el cual fue administrado en la presente investigación, obteniendo los siguientes resultados:

Gráfica N° 1



En el **NIVEL BAJO** se tiene:

✓ En primer lugar se tiene el rasgo de **Afectado (Factor C)** con un **52%**, este elemento nos muestra características donde el adolescente con puntuación baja, no se muestra con calma, no se encuentra estable y socialmente maduro y no está muy bien preparado para relacionarse con los demás, además manifiesta ser menos tolerante a la frustración ante situaciones que no puede manejar (fracaso ante algo), por lo cual se muestra más propenso a perder el control emocional.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. que puntúan este factor, exteriorizan inestabilidad emocional e inmadurez, tendencia a la impulsividad, inexperiencia en sus relaciones personales, se sienten afectados por los sentimientos, son evasivos, se afligen con facilidad, rehúyen a la toma de decisiones, fácilmente los adolescentes de Aldeas S.O.S. se enojan con las cosas que no les salen como ellos las imaginaron.

En el caso de la población de estudio (adolescentes de Aldeas S.O.S.) se puede inferir que por la situación en la que viven, se percibe aún más la inestabilidad emocional que seguramente puede estar ocasionada por la gran diversidad de problemas o situaciones conflictivas de toda índole que se les presentan día a día, presentando mayor facilidad para alterarse, déficit en la atención y fácil distracción en las actividades cotidianas.

✓ En segundo lugar se tiene el componente **Cohibido (Factor H)** representado por un porcentaje del **65%**, que se expresa en diferentes grados de sociabilidad, como una respuesta emocional deficitaria de contacto y relación con las personas. El correspondiente factor hace referencia de cómo los adolescentes de Aldeas S.O.S. se relacionan libre y atrevidamente con los demás, mostrándose con una puntuación baja más sensible, se amedrenta fácilmente y, mediante el alejamiento, intenta evitar la amenaza y excesiva estimulación social

Esta puntuación baja, indica que los adolescentes de Aldeas S.O.S. son personas con tendencias a no comportarse de acuerdo a las reglas y normas sociales en lo que respecta a la sociabilidad, es decir que no se relacionan con otras personas de acuerdo a las normas convencionales impuestas, pues no tienen una apertura hacia otros individuos, manteniendo un hermetismo sobre su vida personal, dejando de lado la opinión de los demás, ya que responden a una serie de valores distintos a los que establece la sociedad o cultura correspondiente.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. son individuos despreocupados de las normas convencionales e inestables en lo que respecta a la comunicación y relación social con otros individuos, ya que no poseen una comunicación fluida con otras personas. Estos hechos operan como un mecanismo de defensa ante la falta de medios

necesarios para desenvolverse adecuadamente ante las exigencias propuestas por el medio.

✓ El Factor **Seguro (Factor J)** presenta un porcentaje del **58%**, que indica que los adolescentes de Aldeas S.O.S. que puntúan este factor, son individuos más libres en lo que respecta a ser expresivos y activos, así como poco críticos. Son sujetos que se dejan llevar por las causas internas, más que por las externas ante la participación o realización de actividades.

Sienten seguridad ante actividades y personas de su entorno más cercano, se expresan con lentitud cuando tienen que hablar sobre algún tema, optan por tener pocos amigos no confían completamente en los demás, son reservados y prefieren no hablar sobre temas privados, existe cierta desconexión pues no son capaces de mantenerse en contacto con todo lo que está sucediendo a su alrededor.

Este efecto ha logrado prestar atención, donde al parecer la tendencia a aislarse de las personas que los rodean están provocadas precisamente como consecuencia de un intenso temor o vergüenza a ser etiquetados por la sociedad. Otro elemento central en la convivencia de los adolescentes de Aldeas S.O.S. con los demás, es que suelen mostrarse reservados en cuanto a su vida personal, familiar, social, puesto que no comentan sobre estos aspectos con extrañamiento.

✓ El último de los puntajes bajos, representado por **Ansiedad baja (Factor Q¹)** con un **84%** dentro de los factores de segundo orden, indica que los adolescentes de Aldeas S.O.S. que puntúan bajo suelen encontrar que la vida es gratificante y que logra llevar a cabo lo que cree importante. Sin embargo, una puntuación baja extrema puede indicar falta de motivación ante las tareas difíciles, tal como ha mostrado el estudio de relación entre la ansiedad y el rendimiento

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. que puntúan este factor no poseen la capacidad de mantenerse estables ante situaciones conflictivas y problemáticas muy graves o profundas, lo que hace que tiendan a entrar en estados o episodios de ansiedad que muchas veces no pueden ser superados sin ayuda oportuna y calificada.

En el **NIVEL ALTO** se tiene:

✓ El factor de **Dominante (Factor E)** con **40%**, hace referencia a los adolescentes de Aldeas S.O.S. como individuos relativamente activos, dogmáticos y agresivos. En la época de la adolescencia, la probable expresión de este factor es más la conducta agresiva que una dominancia que tenga éxito, puesto que los sujetos no han aprendido todavía las técnicas de manipulación social. Los adolescentes de Aldeas S.O.S. no tienen problemas de conducta, pero su dogmatismo es manejado, de modo que desarrolla una expresión más constructiva; la adaptación posterior del adolescente puede tener más éxito.

La medición de este factor corresponde a la medición de sensaciones desagradables que tienden a acompañar la excitación del sistema nervioso autónomo comúnmente conocido como tensión nerviosa. Al encontrarse en un nivel alto, indica que se trata de personas poco estables emocionalmente que se expresa a través de la irritabilidad, como reacciones exageradas y violentas a las influencias exteriores, pero que no corresponden a la realidad, son desproporcionales a los estímulos.

La falta de tolerancia hacia los diferentes problemas o exigencias que le propone el medio, debido a la excitabilidad, es decir a un estado emocional alterado que no les permite aguardar con paciencia y serenidad el logro de un objetivo. No pueden esperar, buscan una satisfacción inmediata lo que les provoca frustración, a su parecer se les está privando de una satisfacción que les corresponde, lo cual hace que se sientan defraudados en su espera.

✓ Continuando con el factor de **Aprehensivo (Factor Q)** con **54%**, que está directamente relacionada con una zozobra subjetiva manifiesta, y que entre los adultos es el factor que mejor diferencia a los neuróticos de los psicóticos. La reacción de aprehensión del sujeto se podría caracterizar de diferentes modos, como la irritabilidad, ansiedad o depresión, según las situaciones que se presenten a cada individuo.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. presentan una personalidad caracterizada por la sensación de agobio e inquietud, inseguridad, preocupación por los cambios en el entorno, no se sienten aceptados por los grupos y esto les genera el deseo de no participar en actividades, denotando una personalidad despreocupada, poca aceptación de normas convencionales.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. son emocionalmente inmaduros e impulsivos, débiles para tolerar las frustraciones, no logran un nivel adecuado de adaptación, por lo que también son reservados, introvertidos, tensos, irritables, impacientes, agresivos, tercos, se preocupan por los cambios de estado de ánimo ya que en un momento están alegres y de repente se sienten tristes.

✓ Así mismo, se tiene el factor de **Menos Integrado (Factor Q³)** con **42%**, donde se muestra a los adolescentes de Aldeas S.O.S. como socialmente escrupulosos, auto-disciplinados, compulsivos, y que poseen un autocontrol de su imagen como de sus emociones y su conducta en general; no se muestran despreocupados por el control de sus deseos y/o por las demandas sociales.

A los sujetos que puntuaron este factor, se les considera personas que presentan una conducta desenvuelta, alegre, no inhibida, entusiasta, espontáneos y expresivos. Con frecuencia son elegidos como líderes o dirigentes de grupo por su buen humor e ingenio, son sociables, les agrada hacer nuevas amistades, pues son individuos francos e impulsivos. El nivel en este factor refleja en gran parte el nivel de inhibición impuesto sobre el individuo durante la infancia, que fueron por las circunstancias disciplinarias y restrictivas o en gran parte a la contención cultural de la familia.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. se muestran muy desinhibidos por la falta de restricciones de reglas durante la infancia, necesarias para una adecuada adaptación, es la razón por la que expresan todo lo que ellos piensan y sienten, sin importarles si son agradables o desagradables para el resto. Esto los lleva a lanzarse sin considerar las opiniones de los demás, lo que provoca altercados por defender su postura.

✓ Por último, se tiene el factor de **Excitabilidad (Factor QIII)** con el **100%**, que está estrechamente relacionado con la sensibilidad y con la fuerza de la razón frente a los sentimientos. Los sujetos que puntúan alto se preocupan de los demás, aceptan obligaciones impuestas, son espontáneos, animados e impulsivos, sensibilidad dura, obstinados.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. con estas puntuaciones elevadas son responsables, organizados socialmente escrupulosos; en su manera de actuar, se rigen por las normas y se acomodan en las costumbres del entorno, sumisa, sobria, sentimental y poco expresiva.

Los adolescentes que puntúan alto tienden a ser hiperactivos y de sensibilidades duras, agresivas y obstinadas, entusiastas, calculadores y perspicaces; aunque les gusta la actividad en grupo, se despreocupan de las normas y siguen sus propias necesidades.

5.2. AUTOESTIMA.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo de la investigación que dice: *“Indicar el nivel de Autoestima de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija”*, se presenta la siguiente información:

Cuadro N°3

NIVEL DE AUTOESTIMA

NIVELES	Fr	%
Muy bueno	3	6%
Bueno	14	28%
Regular	28	56%
Bajo	5	10%
TOTAL	50	100%

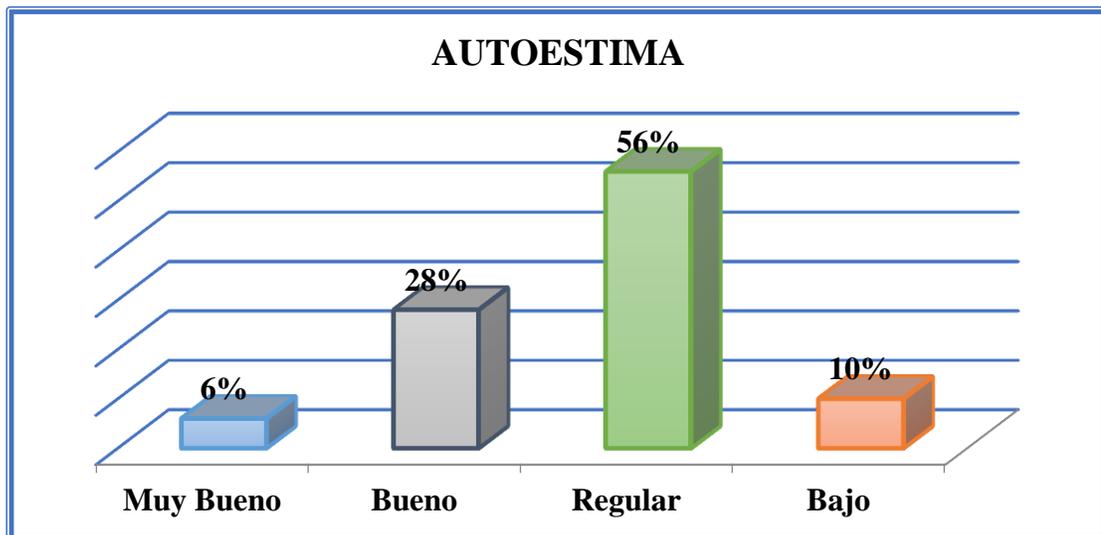
Fuente: *Elaboración propia.*

La Autoestima es una importante variable psicológica, que se entiende según Rosemberg (1996; 15), como una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, por lo cual *“Se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo”*.

La Autoestima definida como el sentimiento de aceptación y aprecio hacia uno mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. El concepto que tenemos de nosotros mismos es aprendido de nuestro alrededor, mediante la valorización que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros.

Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos menor será la misma. La importancia de la autoestima radica en que impulsa a actuar, a seguir adelante y motiva para perseguir nuestros objetivos. Aquí se presentan los datos más sobresalientes de los niveles de autoestima, que ayudan a caracterizar a los adolescentes de las Aldeas S.O.S. de la ciudad de Tarija, por lo cual se presenta la siguiente información:

Gráfica N° 2



La autoestima no es innata, se genera como resultado de la historia de cada una de las personas, lo cual dependerá de las relaciones interpersonales y de la comunicación

que existe entre los miembros de una familia en el contexto social que rodea al individuo, como ser en el trabajo, amigos, etc. Los conceptos que los otros tengan hacia una persona influirán en la formación de la autoestima, que es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quien somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales mentales e intelectuales que configuran nuestra personalidad.

Se puede observar en el gráfico que un **10%** de adolescentes de 12 a 18 años que pertenecen a Aldeas S.O.S. de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de Autoestima **BAJO**, lo cual indica que los adolescentes no tienen una imagen positiva de sí mismos, no se quieren como personas, tienen sentimientos de inseguridad; llegan a predominar sentimientos de inseguridad en la toma de decisiones, ven de color negro su futuro, no le dan un sentido a su vida y son personas fáciles de influenciar, estos adolescentes no se aceptan tal y cual son.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. carecen de autocrítica así como una imagen deficiente de sí mismos ante los demás, presentan dificultades para tomar decisiones y en consecuencia sus relaciones interpersonales se ven afectadas, pues se encuentran en un periodo de incompreensión y valoración por parte de sus familiares, además de que atraviesan etapas de tensión emocional, por la necesidad de asumir restricciones físicas, emocionales y sociales.

Además, los adolescentes de Aldeas S.O.S. presentan rasgos de inhibición, como sentimientos de inferioridad, debido al gravamen del abandono del que son víctimas, lo que genera en ellos episodios de inutilidad, al no poder realizar actividades que antes concretaban sin mayor dificultad; así mismo muestran desconfianza hacia los demás y disconformidad con ciertos rasgos, carencia o limitaciones que creen poseer. Por lo general estos adolescentes de Aldeas S.O.S. se relacionan bastante bien con su entorno social, es así que su inseguridad frente a sí mismos no reprime su proceso de adaptación al medio circundante.

Por otra parte, el **56%** de los adolescentes de Aldeas S.O.S. presentan un nivel de Autoestima **REGULAR**, lo que indica que estas personas poseen un grado de aprecio

hacia sí mismos y su auto concepto es aceptable, aunque su Autoestima se puede tornar frágil cuando se presentan situaciones no deseables como el fracaso, decepción, vergüenza, pérdidas, etc. por lo que el nerviosismo usualmente está presentes en ellos, razón por la cual se utilizan mecanismos de defensa.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. presentan relativa inestabilidad, con relación al valor, no aceptación y desconfianza de sí mismos. Tratan con desconfianza a los demás y exigen que los traten bien a ellos, ya que todo esto afecta la identidad del adolescente y en ocasiones su autoimagen; además esto puede reducir la sensación de control y de seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. que presentan una autoestima regular se caracterizan por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto. Es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son. De esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica).

Tomando en cuenta los resultados de la Autoestima, se puede observar que un **28%** de los adolescentes de Aldeas S.O.S. presenta un nivel de Autoestima **BUENO**, esto significa que los adolescentes se sienten aceptados como personas, manteniendo una estabilidad de la apreciación que tienen de sí mismos ante las adversidades que se les presentan; se sienten seguros de sí mismos y no tienen miedo de expresar sus gustos u opiniones.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. manifiestan sentimientos de seguridad a la hora de tomar decisiones, le dan un sentido a su vida y luchan por conseguir y alcanzar las metas propuestas, además que no son personas fáciles de influenciar. Es el nivel deseable para que una persona logre sentirse satisfecha en la vida, sea consciente de su valía y de sus capacidades y pueda enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva.

Este rango de Autoestima supone la estabilidad en la autopercepción de los adolescentes de Aldeas S.O.S., ya que éstos conocen que son capaces y valiosos para su familia, amigos y sociedad en general; esa percepción no puede cambiar al lado opuesto a pesar de los conflictos que se presenten, o sentirse totalmente inútil debido a factores variados, pero especialmente a la opinión de los demás. Este nivel es estable y no varía por problemas secundarios.

Por último, se observa que el **6%** de los adolescentes de Aldeas S.O.S. manifiestan tener un nivel **MUY BUENO** de Autoestima, lo que significa que los mismos tienen aceptación y comprensión de sí mismos, con fortalezas y debilidades, además tienen confianza y respeto por sí mismos y por los demás. Dirigen su vida hacia donde creen y desarrollan habilidades para lograrlo; aceptan y se adaptan a los cambios del medio, trabajando con satisfacción, buscando día a día la superación personal y la de los demás.

Este nivel de autoestima está fundado de acuerdo a sentimientos de los adolescentes de Aldeas S.O.S. para consigo mismos: la capacidad y el valor de uno mismo. Los individuos con una Autoestima de este grado poseen un conjunto de técnicas internas e interpersonales, que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos que deba enfrentar y que se les presentan día a día.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. que puntuaron este nivel de Autoestima, tienden a adoptar una actitud de respeto no sólo con ellos mismos sino con el resto de las personas de su entorno o con las que lleguen a relacionarse. Por otro lado, son individuos con probabilidades de autocrítica, en relación con las personas que poseen otro tipo de autoestima.

5.3. ANSIEDAD.

Para dar cumplimiento al tercer objetivo de la investigación que dice: *“Señalar el nivel de Ansiedad de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija”*, se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 4

ANSIEDAD GENERAL

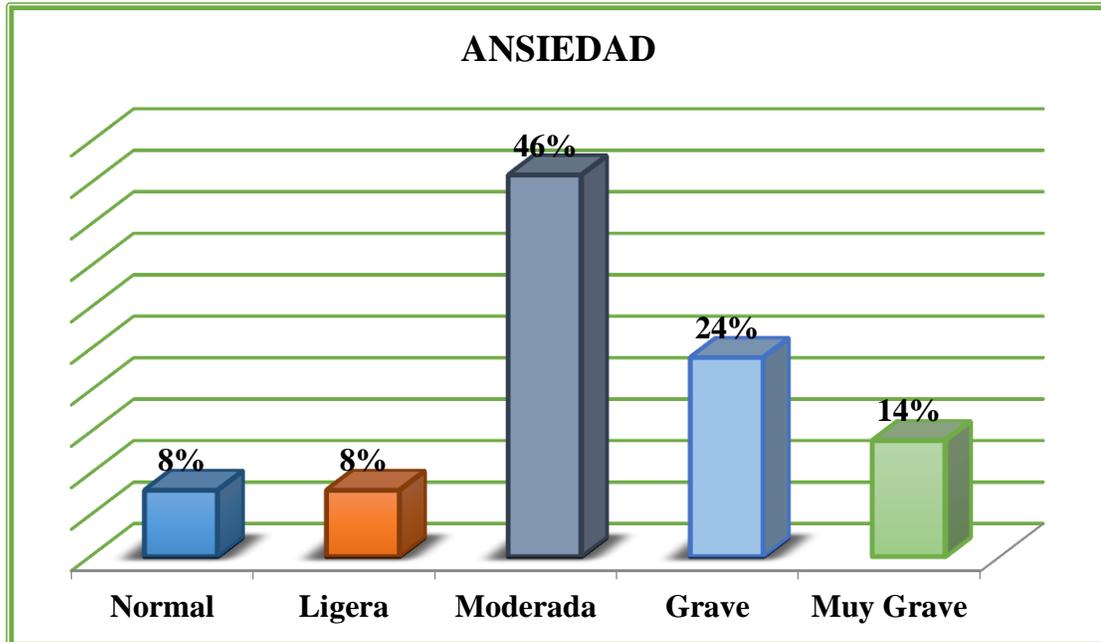
NIVELES	F	%
Ansiedad Normal	4	8%
Ansiedad Ligera	4	8%
Ansiedad Moderada	23	46%
Ansiedad Grave	12	24%
Ansiedad Muy Grave	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente: *Elaboración propia.*

La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada. *Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una amenaza para su integridad* (Rojas, 2000).

La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, incorrecto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Comparte con el anterior la impresión interior de temor, de indefensión, de intranquilidad. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la ansiedad se produce por nada, se difuminan las referencias. De ahí que podemos decir, que el miedo es un estado de temor con objeto, mientras que la ansiedad es un estado impreciso carente de objeto exterior. (Rojas, 2000).

Gráfica N° 3



La Ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo, en el cual el sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes se inicia o enciende. Es un mecanismo universal que se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o se minimicen sus consecuencias.

La Ansiedad, empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse, etc.) según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro. El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante o bien, por la degradación de estatus o logros ya conseguidos.

Por ese motivo y según los resultados obtenidos, se observa que el **46%** de la muestra presenta Ansiedad **MODERADA** que indica que los adolescentes de Aldeas S.O.S. pierden la visión más amplia de una situación conflictiva y se centran sólo en la causa de la ansiedad. Los adolescentes de Aldeas S.O.S. son capaces de prestar atención

como de costumbre, y aunque su campo de percepción es más estrecho, todavía no son capaces de resolver un problema.

El adolescente con este nivel de Ansiedad experimenta crisis recurrentes de angustia, que surgen espontáneamente como respuesta a situaciones conflictivas que se les presentan. Se trata de una Ansiedad no tan profunda ni extrema, en la que es frecuente que la persona que la padece crea que no puede resolver una situación problemática. Estos ataques repentinos de miedo moderado no tienen una causa directa; en ocasiones, los adolescentes sufren este trastorno y desarrollan angustia al experimentar un evento similar, cuya ocurrencia no pueden prever.

Así mismo, el **24%** de los resultados indica que los adolescentes de Aldeas S.O.S. manifiestan padecer de Ansiedad de tipo **GRAVE**, lo que señala que éstos tienen como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente ante un objeto específico, actividad o situación, lo que genera en ellos la consecuente evitación del objeto temido. Por ejemplo, el miedo a volar, a los pájaros o a los espacios abiertos.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. no pueden dejar de sentir la sensación de que algo malo está por suceder; parece imposible resolver problemas, y su enfoque es completamente disperso, desestructurado e inestable, lo que afecta la percepción de la realidad y la propia. No tiene la suficiente madurez para enfrentar problemas simples y/o comunes, donde su perspectiva de las cosas, acontecimientos y personas se encuentra distorsionada, impidiéndole poder enfrentar y solucionar dichas situaciones.

Por último, los resultados representados por el **14%** indican que los adolescentes tienen un nivel de Autoestima **MUYGRAVE**, en el cual la Ansiedad se asocia con el miedo, el terror y una sensación de muerte inminente. El individuo puede no ser capaz de comunicarse, o concentrarse, porque es incapaz de pensar racionalmente.

En este nivel de Ansiedad, los adolescentes de Aldeas S.O.S. tienen pensamientos o acciones involuntarias que no pueden dejar de pensar o hacer para no generar ansiedad. Los adolescentes de Aldeas S.O.S. reconocen el carácter absurdo de sus

pensamientos o acciones, pero por el miedo o temor no pueden hacerles frente, generando en ellos respuestas fisiológicas que no son comprensibles para el común de las personas.

En conclusión, tanto el aumento como la disminución de la Ansiedad tienen que ver con la elaboración de la información que llega tanto a la persona, como al entorno de los sujetos que muchas veces es percibido como peligroso y amenazante, generando todas las condiciones para que esté en constante alerta ante todo y nada. Por lo que se infiere de los sujetos que cometen actos de abandono, que tienden a incrementar todas las sensaciones que perciben por el aumento de miedos e inseguridades que matizan negativamente el procesamiento de la información que reciben, a las cuales reaccionan con agresividad como la única forma de protección para no demostrar vulnerabilidad frente a los demás.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. que presentan algún nivel de Ansiedad, pueden tener como base la situación actual en la que viven, lo que puede haberles provocado traumas, a esto se puede añadir los factores propios de su historia de vida como la falta de afecto por parte de los padres, violencia física o sexual, sufridas en la infancia o en la adolescencia, que dejan secuelas en la edad adulta; a los que se suman factores como la situación económica, familiar, social, amistosa, etc.; además de los factores desencadenantes de hechos determinados que se generan de las relaciones con los demás internos o internas o de otras situaciones, como detonante de todo lo acumulado.

Cuando esto sucede se pierde el control de todo e incluso amenaza su integridad física. La información muestra cada uno de los síntomas en la evaluación del nivel de ansiedad en los sujetos que cometen actos de infidelidad, en este sentido se analiza los síntomas a nivel físico, intelectual, psíquico, asertivo y también conductual.

5.4. DEPRESIÓN.

Para dar cumplimiento al cuarto objetivo de la investigación que dice: *“Establecer el nivel de Depresión de los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas Infantiles SOS” de la ciudad de Tarija”*, se presenta la siguiente información:

Cuadro N° 5
NIVEL DE DEPRESIÓN

NIVELES	Fr	%
Sin Depresión	13	26%
Depresión Leve	12	24%
Depresión Moderada	15	30%
Depresión Grave	9	18%
Depresión Muy Grave	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: *Elaboración propia.*

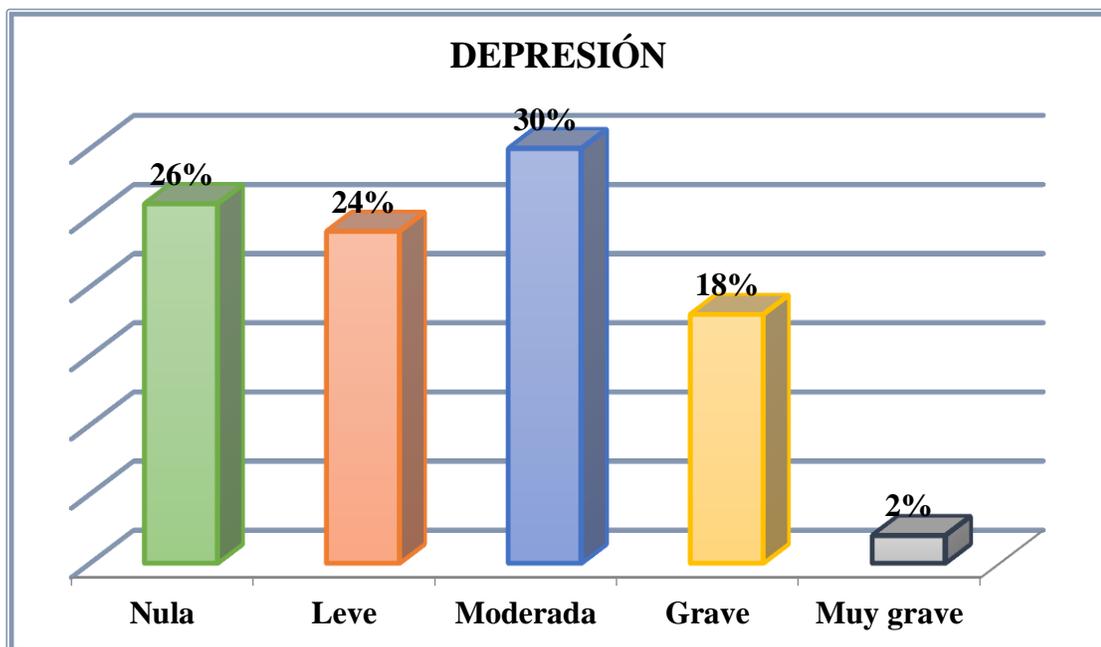
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño o del apetito sensación de cansancio y falta de concentración.

Se dice que la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el deprimido más infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable, cada

experiencia se acompaña de pena y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustioso, agitado o perplejo y padecer un sentimiento físico o emocional.

La Depresión es una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente en el modo de sentir y de pensar. La Depresión puede provocar deseos de alejamiento de la familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causar ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades. No es simplemente una angustia, es también una tristeza o melancolía permanente, que lleva al individuo a sentirse inútil, sin esperanza. La Depresión causa pérdida del placer en la vida diaria, tensión en el trabajo y en las relaciones, agrava condiciones médicas e incluso puede llevarle al suicidio.

Gráfica N° 4



La Depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las

actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre descensos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como Depresión.

De esta manera y tomando en cuenta los resultados obtenidos, se observa que el **30%** presenta un nivel de Depresión **MODERADA**, lo que señala que los adolescentes de Aldeas S.O.S. presentan muchos de los síntomas de la depresión y éstos le dificultan y hasta les puede impedir la realización de varias de las actividades de la vida diaria. Sienten que no tienen energía, están cansados, se sienten inquietos y sin poder quedarse tranquilos.

Los adolescentes de Aldeas S.O.S. también pueden sentir que no valen nada o sentirse culpables por varias cosas que han pasado. Puede darse la presencia de aumento o disminución del apetito o el peso, como también la falta de interés en actividades placenteras y dificultad en completar tareas simples. La Depresión Moderada puede tener un impacto negativo en las áreas profesionales, sociales y domésticas, ya que puede resultar en que los sentimientos sean heridos fácilmente en las relaciones personales y la preocupación innecesaria para el desempeño del trabajo.

La apariencia descuidada de los adolescentes de Aldeas S.O.S. puede ser el indicador de la presencia de un nivel de depresión moderada. A menudo el aseo personal y la vestimenta se descuidan; el estar encorvado y con la cabeza inclinada hacia abajo dirigiendo la mirada hacia el piso, puede indicar que existe un nivel moderado de depresión. Sin embargo, algunos adolescentes de Aldeas S.O.S. con este nivel de depresión pueden ser capaces de aparentar frente de las demás personas, no tener la presencia de depresión.

Continuando con el análisis, se puede prestar atención a que el **24%** de las respuestas de los adolescentes de Aldeas S.O.S., manifiesta tener un nivel de Depresión **LEVE**, lo que establece la presencia de síntomas menos graves y de duración más corta que en los otros niveles. La depresión puede interferir con el trabajo diario y las relaciones, como también la pérdida de tiempo en el trabajo o la escuela, provocando menor productividad en el desarrollo de las actividades, pero en este nivel no se da tales situaciones, ya que el grado de presencia de la depresión es leve.

Con este nivel de depresión, la tristeza como la pérdida de placer en las cosas que antes eran placenteras o el cambio importante en el peso, insomnio o exceso de sueño casi todos los días, con un desgaste físico o fatiga o pérdida de energía casi cada día, se dan de manera ocasional y la duración de cada episodio depresivo es muy corto a comparación de otros niveles más profundos.

Se habla de una situación relativamente fácil de controlar a diferencia de las otras, porque sus síntomas son los propios de una persona triste: desánimo, alteraciones del sueño y del apetito, ganas de llorar, cambios bruscos de humor, pérdida de ilusiones, pesimismo, negatividad, fatiga, etc., que no son profundos ni fuertes que requieran de la ayuda profesional y urgente.

Por eso la depresión leve es una especie de trastorno oculto y la mayoría de las veces no se considera la posibilidad de tratamiento, porque se piensa que ese estado de tristeza pasará rápidamente cuando las cosas cambien y vayan mejor. Pero la depresión por muy leve que sea, no debe dejarse de lado, debe cortarse de raíz, para que no se convierta en una de mayor gravedad.

Por último, con el **26%** de los resultados, se percibe que los adolescentes no presentan ningún grado de Depresión (**SIN DEPRESIÓN**), lo que se interpreta como la ausencia de sentimientos de desesperanza, de inutilidad o de culpa excesiva casi todos los días; no tienen problemas de concentración o de toma de decisiones diariamente. Los pensamientos, planes o intentos recurrentes de muerte o suicidio, no existen en las personas que no tienen algún grado de depresión.

Este trastorno afectivo es una forma de expresión de dolor que se manifiesta con síntomas psíquicos y somáticos, que no están presentes en los adolescentes de las Aldeas S.O.S. de la ciudad de Tarija con nivel nulo de depresión, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la depresión, no es necesario en este caso.

La tristeza como principal característica de la depresión, aunque aparece en momentos ocasionales en la vida de todo ser humano, como la falta de autoestima, la sensación de inutilidad y el sentimiento de fracaso, no son síntomas depresivos en las personas con un nivel inexistente de esta enfermedad. Por eso, lo que más interesa combatir es la tristeza, para que eso no se convierta en el inicio de un cuadro patológico de depresión.

5.5. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS.

De acuerdo a las diferentes hipótesis que fueron planteadas en el segundo capítulo, se tienen los siguientes resultados:

ANÁLISIS DE LA PRIMERA HIPÓTESIS

Las características psicológicas, son todas aquellas cualidades que se presentan en los individuos y que les permiten distinguirse y sobresalir en alguna materia o actividad en especial. Así, se puede apreciar plenamente una serie de distintivos en los líderes, los jóvenes, los deportistas o algún tipo de persona o rama de personas, las mismas que tienen una formación psicológica especial o diferente. Todas estas apreciaciones y distintivos psicológicos, permiten distinguir a las personas en individuos mentalmente calificados para la realización de un cierto tipo de actividad.

Los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija, presentan como principales factores de Personalidad: ***“Afectado, Cohibido, Seguro, Ajuste, Dominante, Agresivo, Menos Integrado y Excitabilidad”***. De acuerdo a la hipótesis que se llegó a plantear sobre el Perfil Psicológico de los adolescentes que indica que los: ***“Rasgos de Personalidad son de representación poco sociable, inestabilidad emocional, angustia y mucha tensión”***, y por los resultados que se obtuvieron y fueron analizados, se concluye que la hipótesis planteada se

RECHAZA.

ANÁLISIS DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

La autoestima del adolescente suele disminuir por los cambios físicos que su cuerpo experimenta. Le empieza a importar el no ser correspondido por amigos o por el grupo al que pertenece. También influyen los cambios, el paso de primaria a secundaria. Dos cosas en particular influyen en la autoestima que los adolescentes tengan: cómo es visto y tratado por los demás y cómo se percibe así mismo.

Los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija, presentan mayoritariamente una Autoestima **REGULAR**. Por lo tanto y ya que la hipótesis planteada para este objetivo, fue que los adolescentes tienen: *“Un nivel de Autoestima baja, por la autovaloración negativa de sí mismos y de las cualidades y aptitudes que posee”* se puede apreciar que según los datos obtenidos se llega a la conclusión que la hipótesis se **RECHAZA**.

ANÁLISIS DE LA TERCERA HIPÓTESIS

Los síntomas de ansiedad en la adolescencia constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de ansiedad en etapas evolutivas posteriores, por lo que se debe realizar una detección temprana de los síntomas de ansiedad en los adolescentes y hasta en niños, para facilitar la intervención y evitar el desarrollo posterior de los trastornos graves de ansiedad.

Por lo cual, los adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de Ansiedad **MODERADA**. Tomando en cuenta la hipótesis planteada que se formuló para este objetivo que señala: *“los adolescentes presentan un nivel de Ansiedad Moderada, por la presencia de situaciones conflictivas en el cotidiano vivir de los adolescentes”*, se llega a la conclusión que la hipótesis es **ACEPTADA**.

ANÁLISIS DE LA CUARTA HIPÓTESIS

La Depresión en la adolescencia es un trastorno que los afecta y que presentan tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y pérdida de interés en actividades habituales. La

depresión puede cambiar la forma de cómo los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Los adolescentes con depresión por lo general ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo.

Las adolescentes de 12 a 18 años de las “Aldeas S.O.S.” de la ciudad de Tarija, presentan un nivel depresión **MODERADO**. La hipótesis planteada para este objetivo fue que: *“El nivel de Depresión es Moderada ya que en los adolescentes se presentan síntomas somáticos como el insomnio y la fatiga”*, se puede concluir gracias a la información recabada por los resultados, que la hipótesis planteada se **ACEPTA**.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1. CONCLUSIONES.

Luego de haber finalizado todo el proceso de investigación y haber cumplido cada una de las etapas, como la elaboración del proceso de investigación, recolección de información y análisis, se procede a la formulación de las conclusiones en base de los objetivos planteados de acuerdo al orden de los objetivos específicos e hipótesis planteados:

- Con relación a los **rasgos de personalidad**, predominantes en los adolescentes de las aldeas infantiles S.O.S: De manera general los adolescentes se muestran emocionalmente Afectados, Cohibidos, Seguros, Dominante, Agresivo, Menos Integrado y Excitables.
- En cuanto el **nivel de autoestima** se puede observa que los adolescentes de las aldeas infantiles S.O.S tienen un nivel de autoestima regular, que le permite de algunas manera poder afrontar y superar las dificultades
- En cuanto al **nivel de ansiedad** que presentan los adolescentes, se llegó a la conclusión de que estos poseen un nivel de ansiedad que se encuentra dentro del rango moderado.
- En cuanto el **nivel de depresión**, se ha manifestado que de manera general se presenta un nivel moderado de Depresión lo cual indica que los adolescentes presentan cuadros depresivos moderados que alteran o afectan su desarrollo cotidiano, en todas las áreas en las que se desenvuelven.

6.2. RECOMENDACIONES.

Luego de haber finalizado todo el proceso de investigación y en base a los resultados establecidos en la presente investigación se realiza las siguientes recomendaciones:

- Que se elaboren talleres de concientización de depresión, ansiedad y de autoestima para que esta manera los adolescentes que se encuentra en la aldeas S.O.S tengan posibilidades de mejorar y supera las dificultades.
- Ayudarles a los adolescentes de las aldeas S.O.S. a llegar a tener confianza en sus capacidades para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.
- También se considera oportuno proponer la creación de espacios donde los profesionales psicólogos y estudiantes de Psicología, puedan atender demandas de este grupo de la población, brindándoles de ese modo el soporte técnico y profesional necesario para la solución de sus conflictos.
- Se sugiere a futuros investigadores, considerar más variables adicionales sobre la temática investigada, con el fin de actualizar la problemática y realizar un estudio más profundo que permita tener una visión clara y concreta de la realidad.