

Soledad en la adolescencia: análisis del concepto

RESUMEN

La soledad es una experiencia conocida por todos los seres humanos, inherente a la necesidad de pertenecer y que actualmente es considerada como una epidemia de la sociedad moderna, un problema de salud pública que por sus consecuencias físicas, mentales y sociales requiere un abordaje desde múltiples perspectivas. Así mismo, la adolescencia es una etapa especialmente vulnerable para experimentar sentimientos de soledad que son un factor significativo para la salud y la calidad de vida de los adolescentes y como tal es relevante para el cuidado de enfermería. Este artículo tiene como objetivo analizar el concepto de soledad en la adolescencia a través de la metodología propuesta por Walker y Avant, estrategia a través de la cual se examinan las características que definen un concepto y sus atributos. El conocimiento de este fenómeno permitirá proponer estrategias de prevención e intervención, y guiar la práctica de cuidado en este grupo de edad.

PALABRAS CLAVE

Soledad, adolescencia, salud mental, enfermería. (Fuente: DeCs, BIREME).

Loneliness During Adolescence: Analysis of the Concept

ABSTRACT

Loneliness is an experience known to all human beings. Inherent in the need to belong, it is regarded as an epidemic in modern society, a public health problem that needs to be addressed from a variety of perspectives, given its physical, mental and social consequences. Adolescence is a particularly vulnerable stage for experiencing feelings of loneliness, which are a significant factor for adolescent health and quality of life and, as such, it is relevant to nursing care. The purpose of this article is to analyze the concept of loneliness during adolescence through the method proposed by Walker and Avant, which is a strategy for examining the characteristics that define a concept and its attributes. An understanding of this phenomenon will make it possible to propose strategies for prevention and intervention, and to guide care for this age group.

KEY WORDS

Loneliness, adolescence, mental health, nursing. (Source: DeCs, BIREME).

1 Candidata a Doctor en Enfermería. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia. gloria.carvajal@unisabana.edu.co

2 Doctora en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. cvcaroc@unal.edu.co

Solidão na adolescência: análise do contexto

RESUMO

A solidão é uma experiência familiar a todos os seres humanos, inerentes à necessidade de pertencer e agora é considerada uma epidemia da sociedade moderna, um problema de saúde pública cujo desenvolvimento físico, mental e social deve abordar-se desde múltiplas perspectivas. Além disso, a adolescência é uma etapa especialmente vulnerável aos sentimentos de solidão – um fator significativo na saúde e qualidade de vida dos adolescentes e, como tal, relevante para a assistência de enfermagem–. Este artigo tem como objetivo analisar o conceito de solidão na adolescência através da metodologia proposta por Walker e Avant, estratégia que permite examinar as características que definem um conceito e seus atributos. Conhecimento deste fenômeno vai sugerir estratégias de prevenção e de intervenção e orientar a prática do cuidado neste grupo etário.

PALAVRAS-CHAVE

Solidão, adolescência, saúde mental, enfermagem. (Fonte: DeCs, BIREME).

Introducción

Porque la soledad está dentro de nosotros y fuera de nosotros, porque cada uno de nosotros contiene su propia soledad y también aumenta la soledad de los demás, porque hay características de nuestra sociedad que exacerban la soledad, y porque no podemos manejarla o verla, sino sentirla, la soledad se ha convertido en el vehículo de nuestra miseria (1).

La soledad es un tema que ha estado presente a lo largo de la historia a través de la música, la poesía y la literatura (2). Sin embargo, a pesar de que es una experiencia conocida universalmente por todos los seres humanos, es difícil de definir, casi imposible de cuantificar y, muchas veces, penosa para los individuos, a quienes se les dificulta revelar abiertamente este sentimiento a otros (3).

Karnick (2) afirma que la soledad es un problema que ha sido sistemáticamente negado como un trastorno que requiere atención seria, tal vez porque quienes lo sufren no siempre admiten que puede ser la raíz de otros problemas, o porque no se ve como una entidad separada. Las personas que sufren de soledad no quieren reconocerse como “solos”, debido a que experimentan sentimientos de vergüenza o dificultad para superar el aislamiento. Además, refiere que quizá los seres humanos son capaces de identificar sus propios sentimientos de soledad cuando ellos reconocen los sentimientos de soledad en otros. Otros hallazgos indican que esta problemática no se asocia con búsqueda de ayuda especializada porque no se percibe por las personas como algo patológico, sino como una característica normal de la vida (4).

Actualmente, el aumento en las tasas de soledad puede ser justificado como consecuencia de los cambios en la distribución de edad de la población, cambios en la estructura de las relaciones sociales, aumento de las familias monoparentales, aumento en el número de personas que desean vivir solas, aumento de las demandas sociales que implican aislamiento, y disminución de la probabilidad de satisfacer las necesidades emocionales y sociales (5).

La soledad es un potente, pero poco conocido, factor de riesgo que se asocia con morbilidad (4, 6). Dentro de sus efectos cabe mencionar alteraciones en la salud física (enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación, problemas de sueño), y alteraciones en la salud mental (depresión, suicidio y abuso de alcohol y drogas, entre otros) (7). Holmen y cols. (8) sugieren que un aumento en la mortalidad general puede ser asociado con el aislamiento social que a menudo acompaña la soledad.

Es necesario diferenciar las características de los términos soledad, estar solo, aislamiento, enajenación y soledad positiva, que se utilizan indistintamente en la literatura de enfermería para referirse a la “experiencia de soledad”, pero que enmarcan significados distintos (2, 4, 7, 9, 10, 11, 12).

A continuación se presenta el análisis del concepto “soledad”, haciendo énfasis en la etapa de la adolescencia. El estudio de este concepto, aunque de gran interés por los

Karnick afirma que la soledad es un problema que ha sido sistemáticamente negado como un trastorno que requiere atención seria, tal vez porque quienes lo sufren no siempre admiten que puede ser la raíz de otros problemas, o porque no se ve como una entidad separada.

Aunque en la mayoría de los casos la adolescencia representa una etapa de crecimiento y maduración con buenos resultados, en algunas oportunidades se convierte en una época conflictiva, con comportamientos que pueden ocasionar resultados devastadores como la enfermedad y la muerte.

efectos que produce a nivel físico, mental y social, ha estado vinculado a otros conceptos como depresión o ansiedad, lo que dificulta la definición de sus atributos específicos y sus necesidades de cuidado. El conocimiento del fenómeno permitirá proponer estrategias de prevención e intervención, y guiar la práctica de cuidado para este grupo de edad (13).

La metodología utilizada para este análisis es la propuesta por Walker y Avant (14), quienes afirman que el análisis de conceptos es una vía para el desarrollo de la teoría, que proporciona una oportunidad para explicar y describir fenómenos de interés para la práctica. Es una estrategia a través de la cual se examinan las características que definen el concepto y los atributos que permiten decidir qué fenómeno es buen ejemplo del mismo y cuál no. Así, el análisis de conceptos es un ejercicio lingüístico para determinar sus atributos, y aunque es un proceso riguroso y preciso, el producto final siempre será tentativo (14).

Importancia del análisis del concepto de soledad en la adolescencia

Actualmente, la población se ve afectada por factores como inseguridad, un bajo nivel educativo, vivienda inadecuada, mala nutrición, abuso de alcohol y otras sustancias, maltrato, y conflictos familiares que alteran de forma significativa la calidad de vida en las esferas física, social, emocional y mental. Estos factores ocasionan en los individuos y las familias experiencias de inseguridad, desesperanza, soledad, riesgos de violencia y problemas en la salud física (15).

De la misma forma, afectan de manera directa a los adolescentes en una etapa que generalmente es descrita como una fase de transición en el desarrollo del ser entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones (16, 17, 18). Así, muchos de los problemas de los adolescentes se encuentran relacionados con sus comportamientos y con el contexto social que los rodea. Aunque en la mayoría de los casos la adolescencia representa una etapa de crecimiento y maduración con buenos resultados, en algunas oportunidades se convierte en una época conflictiva, con comportamientos que pueden ocasionar resultados devastadores como la enfermedad y la muerte.

La necesidad de adaptación a los cambios físicos, psicosociales y a los factores del contexto convierten a la adolescencia en un periodo de mayor vulnerabilidad para la aparición de problemas de salud, incluyendo aquellos de la esfera mental, emocional y social, especialmente si a ello se le suman acontecimientos que aumentan la carga emocional, como rechazo por parte de la pareja, falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expectativas de los padres, y conflictos familiares. Morrison (19) afirma que la salud mental de los adolescentes está influenciada por los sentimientos de bienestar que incluyen la capacidad de interactuar socialmente, afrontar el estrés en los periodos difíciles, e implicarse en relaciones y actividades con los demás.

La soledad puede ser una experiencia que se espera en cierto grado durante la adolescencia, teniendo en cuenta que ésta

es una etapa en la cual las expectativas, los roles, las relaciones y las identidades sufren cambios significativos. La revisión de literatura de Heinrich y Gullone (7) muestra que el paso a la adolescencia implica para los jóvenes el desarrollo de expectativas hacia sus relaciones sociales, esperando lealtad, apoyo e intimidad; y que sufren, además, un cambio frente a las creencias, los valores y ideologías de los amigos, con los que antes solo compartían ciertas actividades.

Así, la soledad puede surgir si los adolescentes no han adquirido la aptitud necesaria para la interacción social y para enfrentarse con un ambiente social cambiante, o si ellos tienen esperanzas poco realistas con respecto a sus relaciones sociales (7).

La transición hacia esta etapa también implica que los adolescentes dediquen menos tiempo a la familia y más a sus pares, reemplazando las figuras primarias de contacto (20). Simultáneamente, los adolescentes tratan de definirse a sí mismos entre los cambios fisiológicos, emocionales e intelectuales que pueden alterar su autoconcepto; ellos pueden definirse de una manera cada vez más compleja y abstracta. Esto implica la formación de la identidad no sólo por sus características físicas, sino también por las psicológicas (por ejemplo, los rasgos, los pensamientos, las creencias y los valores), y con respecto a sus relaciones sociales. Sin embargo, en ese camino para lograr autonomía, individualidad y formación de la identidad, aparece el riesgo de experimentar los sentimientos de separación y responsabilidad, y de ahí una necesidad más fuerte para la afiliación, y vulnerabilidad a la soledad emocional y social. La adolescencia, entonces, es un periodo de alto riesgo para la soledad. Sin embargo, mientras durante

este periodo es de esperar algún grado de soledad, los sentimientos persistentes y dolorosos de este sentimiento no son normales. Además, el fracaso para resolver la soledad antes de terminar la adolescencia puede alterar en forma significativa las relaciones sociales futuras y la salud mental (7, 20).

Un factor que se asocia con frecuencia a la soledad durante la adolescencia está dado por los cambios en la estructura familiar y las características de la relación padres-hijos. Los cambios en la estructura familiar pueden hacer difícil para los adolescentes obtener apoyo, guía y satisfacción de las necesidades interpersonales básicas. Aspectos como desintegración familiar, familias reconstituidas, entre otros, disminuyen las relaciones familiares y aumentan comportamientos como abuso de drogas, problemas emocionales y de la conducta, y bajo desempeño escolar (21).

Otros factores asociados a la soledad son los sentimientos negativos de tristeza y desesperanza, este último entendido como una sensación de “no futuro” o de pesimismo hacia el mismo (22). Por ejemplo, la literatura muestra que los sentimientos de soledad y desesperanza se asocian con conducta suicida entre adolescentes (23, 4, 24, 25, 11, 12, 26, 27, 28, 29). Adicionalmente, se observa una fuerte relación entre soledad, desesperanza y conflicto familiar; estos factores, en combinación, juegan un papel importante en la adopción de conductas de riesgo y autodestrucción entre los adolescentes (30, 31). Los sentimientos de desesperanza, fracaso, relaciones interpersonales deficientes, soledad, aislamiento y culpa son factores relacionados con el comportamiento suicida en jóvenes (32).

Un factor que se asocia con frecuencia a la soledad durante la adolescencia está dado por los cambios en la estructura familiar y las características de la relación padres-hijos.

La soledad es un fenómeno multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias en las que se presenta, y que no distingue entre edad, género, raza, nivel socioeconómico o estado civil.

Si la adolescencia es un tiempo de riesgo para experimentar sentimientos de soledad, analizar el concepto se hace fundamental debido a que se ha observado un aumento en sus niveles de presentación en esta etapa de la vida, y una asociación como factor de riesgo importante de estudio, derivado de condiciones socioeconómicas, culturales y familiares adversas que ocasionan desenlaces fatales que incluyen enfermedad, muerte y comportamiento antisocial en el adolescente (7, 21, 25, 12).

Sólo en lo últimos años la soledad ha sido considerada como un problema de salud, que requiere intervención desde múltiples aproximaciones y perspectivas. Actualmente se considera que es una epidemia de la sociedad moderna, que con el paso de los años ha aumentado sus tasas en todas las edades, pero que acentúa sus picos de presentación en etapas de la vida como la adolescencia (11, 12). Dado que la soledad es un factor significativo para la salud y la calidad de vida, es relevante para el cuidado de enfermería (2).

Definiciones y usos del concepto

Algunas frases célebres que ilustran el concepto de soledad

- El infierno está todo en esta palabra: soledad. Víctor Hugo (novelista francés).
- Sólo salgo para renovar la necesidad de estar solo. Lord Byron (poeta británico).
- La soledad se admira y desea cuando no se sufre, pero la necesidad humana de compartir cosas es evidente. Carmen Martín Gaité (novelista española).
- ¿Por qué, en general, se rehuye la so-

ledad? Porque son muy pocos los que encuentran compañía consigo mismos. Carlo Dossi (escritor italiano).

- El instinto social de los hombres no se basa en el amor a la sociedad, sino en el miedo a la soledad. Arthur Schopenhauer (filósofo alemán).
- La soledad no significa estar solo. Noel Pierce Coward (escritor británico).

Definiciones a partir de diccionarios

- La soledad es definida por el *Webs- ters New Universal Unabridged Dictionary* (33) como un estado o calidad de ser solitario, estar apartado de otros, aislamiento, ser infeliz estando solo; o anhelo de amigos o de compañía.
- El *Oxford English Dictionary* (34) define soledad como la calidad o condición de estar solitario; la necesidad de la sociedad o la compañía; el sentimiento de estar solo; el sentido de soledad; o el desaliento que surge de la necesidad de compañía.

Revisión de la literatura

La soledad es un fenómeno multidimensional que varía en intensidad, causas y circunstancias en las que se presenta, y que no distingue entre edad, género, raza, nivel socioeconómico o estado civil (7). A continuación se presentan, en orden cronológico, las diversas definiciones de soledad que se encuentran a través de la revisión de la literatura.

En Nilsson et ál. (9) se define la soledad desde tres perspectivas: 1) soledad física, cuando se presenta ruptura física con otros; 2) sentimiento de soledad cuando se es excluido por otros; 3) sentimien-

tos de aislamiento de uno mismo y deseo de soledad.

El análisis del concepto desarrollado por Brown (1) presenta la soledad como un espacio con pérdida de los puntos de referencia, sufrimiento con respecto al destino de la persona, crisis de identidad y enajenación de sí mismo. Este análisis, además, identificó dos tipos de soledad, una causada por pérdida de un objeto o propósito, también llamada soledad secundaria, y soledad por sí misma, caracterizada por sentimientos de estar solo y sin ayuda en el mundo, también llamada soledad primaria (1).

Lopata (35), en un artículo basado en descripciones de personas que experimentaban situaciones de soledad, la definió como un sentimiento de interacción inadecuado experimentado por la persona. Este sentimiento involucra *pasado* (situación de soledad ocasionada por una persona, objeto o evento anteriores), *presente* (ausencias o pérdidas actuales, o patrones de interacción diferentes), y *futuro* (ansiedad por el futuro).

Weiss (36) afirma que los sentimientos de soledad son considerados como una deficiencia en los sistemas de interacción interpersonal. Diferenció entre soledad de tipo emocional y soledad de tipo social. La soledad emocional aparece en ausencia de apego emocional, y ocurre como resultado de la pérdida de intimidad con personas cercanas como padres, pareja o hijos; por el contrario, la soledad social aparece en ausencia de una red social de apoyo, por ejemplo, como consecuencia de la pérdida de amigos, vecinos y colegas. La soledad de tipo social puede guiar hacia la aparición de soledad emocional. En los niños y adolescentes la soledad emocional puede verse reflejada en la relación con

los padres, y la social en la relación con los pares; es decir, la soledad ocurre en dos contextos. Frente a este aspecto se resalta que la carencia de un tipo de relación no puede ser sustituido o aliviado por otro, porque representan diferentes necesidades de contacto no satisfechas (37).

Otros autores definieron la soledad como un estado psicológico que resulta de la diferencia entre una relación deseada y una relación actual, una experiencia estresante y negativa que ocurre en la relación social de la persona y que está apoyada en una necesidad de seguridad psicológica. La soledad, por tanto, no es sinónimo de aislamiento social objetivo. Estos autores también afirman, que aunque la soledad tiene un elemento afectivo, porque es una experiencia emocionalmente desagradable, también tiene un elemento cognitivo que indica que requiere la percepción de que existe una disminución en las relaciones sociales o que éstas son inadecuadas (7). Se ha observado que los niveles de satisfacción subjetiva en las relaciones sociales y el contacto son mejores predictores de soledad que la frecuencia del contacto (7).

McWhirter (12) incluye tres características importantes cuando se refiere al concepto de soledad: 1) experiencia estresante, que causa aversión y puede estar acompañada de tristeza, ansiedad y sentimientos de marginalización; 2) puede ocurrir en presencia o ausencia de relaciones sociales; 3) es un sentimiento relacionado con la temporalidad. Es decir, que la soledad debe ser entendida como una dimensión misteriosa y compleja de la vida de las personas que puede ser experimentada en diferentes niveles.

Kraus et ál. (38) definen soledad como una percepción desagradable y penosa de

En los niños y adolescentes la soledad emocional puede verse reflejada en la relación con los padres, y la social en la relación con los pares; es decir, la soledad ocurre en dos contextos.

Para Roy, la soledad existe como un problema común para lograr la adaptación desde la niñez hasta la vejez. Además, afirma que nadie está inmunizado contra ella, y durante toda la vida se lucha por mantener una integridad relacional.

ser desconectado de relaciones sociales significativas. Otros autores la definen como “el sentimiento de sentirse solo a pesar de estar con otros” (39). O como una parte natural e integral del ser humano; como cualquier necesidad o sentimiento, considerando que los seres humanos nacen solos, mueren solos y experimentan soledad a lo largo de la vida (40). Esta última definición se complementa con la afirmación de Ebersole (10), quien refiriéndose a la soledad en experiencias vitales como la enfermedad y la muerte afirma que: “las relaciones íntimas pueden estar aliviando y proporcionando un sentido de seguridad, pero en la mayoría de las experiencias profundas de la vida, se está esencialmente solo”.

Nilsson et ál. (9) afirman que la soledad puede presentarse como consecuencia de: 1) aislamiento interpersonal como resultado de factores geográficos, disminución de la experiencia social y tipo de personalidad; 2) aislamiento intrapersonal, como una dimensión central de psicopatología; 3) aislamiento existencial como resultado de una separación del mundo.

Puede ser definida, además, como una experiencia subjetiva de aislamiento social, que existe cuando el número de relaciones es menor al deseable, y también cuando no se logra un nivel individual de intimidad (41).

Killeen (11), en un artículo de revisión, la definió como una condición penetrante, presionante y debilitante, que puede afectar toda la vida de un individuo. Consiste en una sensación de ser la única persona en el mundo, un deseo de no querer vivir más, una sensación de aislamiento e inutilidad, de vida sin propósito, condición destructiva que puede originar un círculo vicioso de enfermedad, y que por considerar que

genera sensaciones negativas y atemorizantes puede verse como tabú o estigma.

Roy y Andrews (42) afirman que la soledad es una respuesta inefectiva en el modo de interdependencia. Este modo involucra la interacción con otros, examina las relaciones significativas y los sistemas de apoyo. A través de éste, los individuos comparten sus necesidades afectivas. Una respuesta adaptativa en el modo de interdependencia se da cuando se establecen relaciones mutuamente efectivas o se escoge libremente “estar solo”, mientras que las respuestas inefectivas pueden incluir soledad, separación o enajenación (43).

Para Roy, la soledad existe como un problema común para lograr la adaptación desde la niñez hasta la vejez. Además, afirma que nadie está inmunizado contra ella, y durante toda la vida se lucha por mantener una integridad relacional. Sin embargo, incluso las personas que tienen relaciones mutuamente satisfactorias experimentan periodos de soledad y enajenación. Afirma además que la persona que no alcanza un apego emocional adecuado, y que no puede tener o tiene muy pocas relaciones satisfactorias sufre un gran dolor emocional (42). Además, define enajenación como una condición o sentimiento de estar separado de sí mismo y los demás. Esta sensación se produce cuando los seres o las relaciones significativas no proveen la afiliación afectiva esperada. Esta privación de presencia o contacto guía hacia sentimientos de no sentirse necesario, valorado o apreciado por otros, y es allí donde se encuentran las raíces de la soledad (42). Investigaciones realizadas utilizando el Modelo de Adaptación evidencian que cuando aumentan los niveles de soledad, disminuyen los niveles de adaptación; y cuando aumentan los nive-

les de apoyo social, disminuyen los sentimientos de soledad (44, 45).

Asher y Paquette (46) afirman que aunque la soledad está influenciada por características objetivas de las relaciones sociales (frecuencia del contacto social y número de amigos), es más influenciada por características subjetivas como la satisfacción con las relaciones sociales y la aceptación social percibida.

Finalmente, la definición de Carpenito (47) se da en términos de “Riesgo de soledad”, como un estado en el cual la persona está en riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o a la necesidad de tener contacto con los demás. Es un estado subjetivo, presente cuando la persona afirma encontrarse sola y lo describe cómo algo impuesto por los demás.

Conceptos relacionados

La soledad es una experiencia claramente distinta a otros términos como aislamiento social, o estar solo; a continuación se presentan las diferencias con los conceptos a los que comúnmente se relaciona.

Estar solo y soledad: “La persona puede sentirse sola en una multitud o feliz estando sola” (11).

- **Estar solo:** la persona que está sola, es solitaria, pero que no tiene sentimientos de soledad. No todas las personas que viven solas se sienten solas. Este estado puede ser voluntario, la persona lo elige porque quizás prefiera realmente estar sola que estar con otras personas. Se encuentra estre-

chamente relacionado con el concepto de aislamiento social (7, 11).

Soledad y aislamiento social: el aislamiento social con elección es “estar solo”, mientras el aislamiento social sin elección es la soledad (11).

- **Aislamiento social:** estado en el cual el individuo experimenta una necesidad o deseo de contacto con otros, pero es incapaz de realizar ese contacto. Incluye sentimientos expresos de soledad y deseo de contacto con otros. En el aislamiento social se observan manifestaciones de inseguridad en situaciones sociales. No es una respuesta, es más bien una causa o factor contribuyente a la soledad. Tiene características como: sentimientos de inutilidad, de rechazo, falta de ánimo, escaso contacto ocular, hipoactividad, fracaso en la interacción social con otros (47).

Enajenación: describe un sentimiento de vacío interior, una separación de sí mismo y de un centro de identidad (42, 48, 49). Younger (39) describe la enajenación como una experiencia de desconexión consigo mismo, con otros, con un Dios, la naturaleza o un reino trascendente. No es ausencia de conexión sino conexión negativa. También se define como un patrón de interrelación negativa con otros (11).

Soledad positiva: es vista como una forma de descansar, de respirar (9). La soledad en sentido positivo es referida como una experiencia agradable, que conduce a abastecer de energía y recursos, y proporciona tiempo y espacio para el descanso. Implica un deseo positivo, una elección personal (40). La soledad se considera positiva cuando es vista como un espacio que promueve la creatividad (50).

La soledad en sentido positivo es referida como una experiencia agradable, que conduce a abastecer de energía y recursos, y proporciona tiempo y espacio para el descanso. Implica un deseo positivo, una elección personal.

La soledad en la adolescencia es un sentimiento subjetivo, emotivo, variable e involuntario que puede ser antecedente, predictor o desencadenante de resultados negativos a nivel físico y mental.

Atributos del concepto

- Sentimiento único, individual.
- Experiencia subjetiva, involuntaria, negativa, atemorizante, avergonzante.
- Afecta la esfera emocional, la esfera social, o ambas.
- Está basado en la calidad de las relaciones con otros, no en el número. Se relaciona con una ausencia, real o percibida, de relaciones sociales satisfactorias, o con relaciones interpersonales adversas (aislamiento o dependencia).
- Se relaciona con disminución en la autoestima, timidez, tristeza, desinterés por la vida.

Definición de soledad en la adolescencia

La soledad en la adolescencia es un sentimiento subjetivo, emotivo, variable, negativo e involuntario experimentado por el adolescente, que involucra una insatisfacción social, emocional, de afecto y de apoyo, asociada con una necesidad real o percibida de relaciones interpersonales insatisfactorias que afectan su esfera emocional y social, y que puede ser antecedente, predictor o desencadenante de resultados negativos a nivel físico y mental.

A continuación se presentan una serie de casos que ilustran el concepto:

Caso modelo

Juan es un adolescente de 16 años que asiste a la escuela y se encuentra en décimo grado. La directora de curso lo ha observado desarreglado, apático, distraído, poco participativo y con escasa relación con sus compañeros de clase.

Además, los profesores han reportado que Juan ha desmejorado su desempeño escolar.

Le ha preguntado frente a sus compañeros si le ocurre algo y Juan responde enojado que “no pasa nada”, “todo está bien”.

Durante una actividad en clase de educación física, Juan se enfrenta a uno de sus compañeros quien le da un golpe en la cara, razón por la cual es llevado a la enfermería. La enfermera pregunta a Juan qué ocurrió, a lo que él responde: “todos mis compañeros son antipáticos, no me gusta el salón de clase, no tengo amigos, quiero que el año termine pronto, o mejor que la vida se termine pronto y así ya no molestaré a nadie más y nadie me molestará a mí”. La enfermera le pregunta por qué piensa así, si es tan joven y tiene tantas oportunidades, y él contesta: “la vida no es agradable, hay muchos problemas y pocas soluciones, y además yo no soy feliz, lo tengo todo pero a la vez no tengo nada”. Indaga con Juan acerca de lo que opinarán sus padres respecto a la pelea con su compañero y él responde que “ni siquiera se enterarán pues no están nunca en casa, casi nunca se ven y como están tan preocupados por sus problemas no me prestan mucha atención, así que no me preocupa porque yo no les contaré, y si la profesora llama a la casa nadie le va a responder...”.

Caso límite

Camilo es un estudiante universitario de 19 años que manifiesta a sus padres que quiere cambiar de universidad porque se siente aburrido con sus compañeros y con sus profesores, “todos son unos ineptos”; sus padres le manifiestan que están preocupados pues es la tercera vez que decide abandonar la universidad, que

por qué no les cuenta qué pasa, a lo que él en forma grosera contesta: “ustedes no me comprenden, no quiero estar ahí, no me siento bien, no me interesa tener amigos, mucho menos amigas, eso no sirve para nada”. Los padres de Camilo, preocupados, le proponen que asista a una consulta psicológica de orientación antes de tomar una decisión, a lo que él responde: “yo me siento bien, acaso creen que estoy loco, solamente porque no quiero tener amigos y porque me caen mal las profesoras, creen que estoy enfermo, los enfermos son ustedes...”.

Caso contrario

Gabriela es una adolescente de 18 años, estudia economía, y es amante de la pintura y la música, vive con sus padres, y aunque comparte todas las actividades familiares y disfruta de su compañía, ha acordado un espacio en el cual se encierra en su habitación a pintar, a leer y a escuchar música. Gabriela es alegre, extrovertida. Le encanta hacer amigos. Considera que el espacio que tiene para encontrarse con ella misma le permite descansar, y disfruta de sus pasatiempos, además agradece mucho a sus papás que respeten sus decisiones y le permitan actuar con autonomía.

Antecedentes del concepto de soledad en la adolescencia

Las causas que favorecen la aparición de sentimientos de soledad en la adolescencia incluyen factores relacionados con los cambios físicos propios de la edad, que pueden generar sentimientos de timidez, rechazo, minusvalía, y conducir al aislamiento del adolescente. Si no son manejados adecuadamente por una red de apoyo pueden generar sentimientos de soledad.

Los resultados de un estudio que utiliza la teoría de la soledad desarrollada por De Jong Gierveld y Kamphuis, muestran que la soledad es un fenómeno común, y que sus factores de riesgo en población general incluyen violencia doméstica, desempleo, tener niños menores de 18 años dentro del hogar, tipo de relación marital (éstos, dentro de intervalos de confianza significativos). Los resultados también apoyan hallazgos previos de la literatura que mencionan posible relación entre factores socioeconómicos, soledad y suicidio. Dentro de las variables que predicen menores niveles en los sentimientos de soledad se encuentran: ser casado y tener empleo (4).

Otros autores mencionan como causas de la soledad a las condiciones socio-demográficas y culturales adversas, que ocasionan disminución en las oportunidades de interacción social; psicopatología del adolescente o de los padres, especialmente depresión y abuso de alcohol y drogas; violencia doméstica, tipo de relación marital y dinámica familiar, historia de abuso o maltrato; alteraciones en las relaciones con los familiares y amigos (pérdidas, rupturas, muerte, enfermedad, viajes, mala comunicación entre padres e hijos, peleas con los amigos); ambiente social y familiar de la persona (hijos con hogar, pero solos) (51, 16, 52, 31, 18). La muerte de personas significativas es la pérdida con más influencia en los sentimientos de soledad (11).

Un estudio de correlación realizado por Antognoli-Toland (21) mostró que la conexión entre padres y adolescentes es un predictor independiente de soledad en la adolescencia que covaría con edad y género. La conexión entre padres e hijos y la estructura familiar son predictores significativos de soledad durante la adolescen-

La conexión entre padres e hijos y la estructura familiar son predictores significativos de soledad durante la adolescencia.

cia. Los hallazgos del estudio respaldan la afirmación de cómo un déficit en las redes de apoyo relacionadas con la estructura familiar hace difícil para el adolescente obtener el apoyo y la afirmación que ellos necesitan para satisfacer sus necesidades interpersonales. Por el contrario, los adolescentes con mayor apego con los padres reportan menor soledad (53).

Un meta-análisis realizado por Mahon et ál. (13) concluyó que algunos predictores que pueden aumentar la vulnerabilidad en la adolescencia para experimentar sentimientos de soledad incluyen depresión, bajo apoyo social, baja autoestima, ansiedad social, timidez, disminución en la expresividad materna, disminución en la expresividad paterna, edad y género.

Consecuencias del concepto de soledad en la adolescencia

La revisión de la literatura realizada por Heinrich y Gullone (7) muestra que la soledad se asocia a problemas psicosociales, de la salud mental y del bienestar físico. La soledad se encuentra asociada a sentimientos de tristeza, ansiedad, depresión, baja autoestima, conducta suicida, abuso de drogas y restricciones dietéticas. También se encuentra asociada a síntomas como náuseas, dolor de cabeza, problemas de sueño y pobre funcionamiento cardiovascular. La justificación para los problemas físicos se encuentra en que las personas que experimentan sentimientos de soledad tienen cambios en los estilos de vida, prácticas menos saludables y menor número de comportamientos que promueven la salud: uso de alcohol, hábito de fumar, menos ejercicio, menos relajación, pobre nutrición. Estos hallazgos son confirmados por los trabajos de otros autores (4, 6, 54, 11, 55).

También se ha encontrado que la soledad, y el aislamiento social que la acompaña, han sido descritos como una causa principal de depresión, comportamientos autodestructivos y suicidio en el adolescente (56, 57, 58, 12). Los autores afirman que el suicidio es el efecto terminal de la soledad porque los individuos que se perciben solos sienten que esta es la única vía para escapar (11, 12, 25). Los hallazgos de Boergeors et ál. (59) muestran la soledad como la razón que los adolescentes dan para intento de suicidio. Estos hallazgos son confirmados por Robert et ál. (57). La soledad aumenta la carga de estrés psicológico de los adolescentes y el riesgo de alteraciones en su esfera mental (60). La soledad afecta el bienestar general del adolescente, los programas educativos que se focalizan en la prevención y el manejo de la soledad pueden interrumpir la vía por la que se llega al uso de drogas y al suicidio (61).

Sin embargo, es importante aclarar que aunque soledad y depresión comparten algunas características comunes como pobres herramientas sociales y tristeza, son fenómenos distintos, que requieren diferentes niveles de intervención (62).

Page et ál. (61) afirman que existe asociación entre soledad, sentimientos de desesperanza y uso de sustancias psicoactivas. Además, se evidencia relación entre soledad y baja autoestima, hostilidad, abuso de sustancias, restricciones dietéticas y comportamiento delictivo (63, 64, 55, 12).

Finalmente, los resultados de un estudio de correlación entre adolescentes sin hogar y resiliencia, desarrollado por Rew (24), que incluyó la soledad como variable de estudio, confirmaron investigaciones previas en adolescentes que han muestra-

do relación inversa entre soledad y sentimientos de salud y bienestar (65), relación inversa entre soledad y comunicación con la familia (64), y relación directa entre soledad e historia de abuso sexual en mujeres jóvenes (66).

Referentes empíricos

Para realizar una medición objetiva de la soledad se ha utilizado ampliamente la Revised UCLA Loneliness Scale (UCLA-R) desarrollada por Russell, Peplau y Cutrona (67). Consiste en una medición de autorreporte con validez ampliamente demostrada, compuesta por 20 ítems que reflejan el grado de satisfacción o insatisfacción con las relaciones sociales. Evalúa además sentimientos subjetivos de soledad o aislamiento social. La versión inicial de esta escala de 20 ítems fue desarrollada por Russell, Peplau y Fergusson (68), que en estudios con muestras de estudiantes reportaron buena consistencia interna (alfa de 0,96), y confiabilidad prueba-reprueba de 0,73, en un periodo de tiempo de dos meses. La validez concurrente indicó relación de los puntajes de las escalas con otros indicadores de soledad, relaciones sociales y estados afectivos. Adicionalmente, y con respecto a validez de criterio, se ha demostrado que la UCLA Loneliness Scale es un buen criterio para probar diferencias en la experiencia subjetiva de soledad emocional y social (69).

Posteriormente, Russell (70) reportó los datos de validez, confiabilidad y dimensionalidad de la escala para la versión 3. Esta versión se ha desarrollado para tratar de corregir algunas limitaciones de la escala que pueden alterar su confiabilidad. La versión está compuesta por 9 ítems expresados en positivo y 11 en negativo; a través de la literatura repor-

ta amplia utilización en muestras de adolescentes y adultos, y buenas cualidades psicométricas.

Conclusiones

1. La soledad es un fenómeno universal inherente a la necesidad humana de pertenecer. Constituye una experiencia subjetiva que varía de persona a persona, ocurre por diversidad de causas, y produce una gran variedad de consecuencias físicas y psicosociales. Aunque la soledad puede ser definida de manera objetiva, esta experiencia subjetiva no puede ser directamente observada. Así, la soledad es un resumen abstracto de un conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos (7).
2. Aunque la adolescencia es un periodo de riesgo para experimentar sentimientos de soledad, también representa un espacio ideal para cultivar herramientas sociales y actitudes que mejoren el desarrollo emocional; de esta manera, la adolescencia constituye un tiempo especial para focalizar esfuerzos en investigación e intervención. Se requiere identificar problemas de investigación que permitan explorar el fenómeno de soledad en la adolescencia y sus resultados en la salud mental y física, determinar su prevalencia y determinar relaciones causales.
3. La soledad como problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes representa un reto para los profesionales de enfermería, quienes deben jugar un rol fundamental en su prevención, pero también un papel activo en la implementación de intervenciones que se construyan a partir

de teorías disciplinares y puedan facilitar el entendimiento y abordaje de este fenómeno. Aunque es fundamental que las enfermeras trabajen en la detección e intervención oportuna de factores de riesgo personales, familiares y sociales que hacen vulnerable al adolescente, también es prioritario que mejoren sus habilidades para trabajar una relación terapéutica que transmita al adolescente confianza, y en la construcción de herramientas que favorezcan una comunicación empática.

4. Los espacios creados por las enfermeras(os) para la interacción y el cuidado pueden apuntar a disminuir los sentimientos de desesperanza, soledad y sufrimiento que vive el adolescente. Comunicar esperanza y enseñar nuevas formas de afrontamiento también representan herramientas para el trabajo con los jóvenes. El cuidado de enfermería para los adolescentes que sufren de soledad es un proceso interpersonal que se fundamenta en el establecimiento de una atmósfera cálida que transmita preocupación e interés, y que demuestre empatía hacia el paciente, su situación y su familia, sumado a otros aspectos importantes en el cuidado como el respeto por sus opiniones y sentimientos, y la protección de la autonomía. Finalmente, no deben olvidar la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo, y la construcción de capital social con los adolescentes.
5. Dada su incidencia y sus efectos, la soledad es un desafío importante para enfermería; así, el conocimiento del fenómeno permitirá proponer y mejorar estrategias de prevención e intervención, y guiar la práctica de cuidado para este grupo de edad.

La soledad como problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes representa un reto para los profesionales de enfermería, quienes deben jugar un rol fundamental en su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown R. An analysis of loneliness as a concept of important for dying persons. En: Cutcliffe J, McKenna H. The essential concepts of nursing. First Edition. Elsevier; 2005. p. 232.
2. Karnick PM. Feeling Lonely: Theoretical Perspectives. *Nurs Sci Q* 2005; 18 (1): 7-12.
3. Brage D, Meredith W. A causal model of adolescent depression. *J Psychol* 1994; 128 (4): 455-68.
4. Lauder W, Sharkey S, Mummery K. A community survey of loneliness. *J Adv Nurs* 2004; 46 (1): 88-94.
5. De Jong-Gierveld J. Developing and testing a model of loneliness. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53 (1): 119-28.
6. Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG. The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science* 2003;12 (3): 71-4.
7. Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26 (6): 695-718.
8. Holmen K, Ericsson K, Andersson L, Winblad B. Loneliness among elderly people living in stockholm: a population study. *J Adv Nurs* 1992; 17 (1): 43-51.
9. Nilsson B, Lindstrom UA, Naden D. Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scand J Caring Sci* 2006; 20 (1): 93-101.
10. Ebersole P. Loneliness, compassion, and nursing. *Geriatr Nurs* 2002; 23 (5): 236-7.
11. Killeen C. Loneliness: an epidemic in modern society. *J Adv Nurs* 1998; 28 (4): 762-70.
12. McWhirter BT. Loneliness: A Review of Current Literature, with Implications for Counseling and Research. *Journal of Counseling and Development* 1990; 68 (4): 417-22.
13. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ, Cannella BL, Hanks MM. A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nurs Res* 2006; 55 (5): 308-15.
14. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. Fourth edition. Pearson Prentice Hall; 2005.
15. Organización Mundial de la Salud, Universidad de Melbourne. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado; 2004.
16. Murray BL, Wright K. Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13 (2): 157-64.
17. Alestalo A, Munnukka T, Pukuri T. Problems of young people in community psychiatric care. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9 (1): 33-40.
18. Spear HJ, Kulbok PA. Adolescent health behaviors and related factors: a review. *Public Health Nurs* 2001; 18 (2): 82-93.
19. Morrison M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Primera Edición. Madrid; 1997.
20. Rotenberg K, Hymel S. Loneliness in childhood and adolescence. Cambridge, England: Cambridge University Press. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=h8uKDxaB0YUC&pg=PA110&lpg=PA110&dq=Asher+Loneliness+Scale+&source=web&ots=8BCt0gPpCW&sig=VAqEQauhGj2AHwKhOXpIFXoxGwU&hl=es#PPT1,M1>
21. Antognoli-Toland P. Adolescent Loneliness: Testing a Predictive Model. *Journal of Theory Construction & Testing* 2000; 4 (1): 7-13.
22. Buchholz ES, Catton R. Adolescents' perceptions of aloneness and loneliness. *Adolescence* 1999; 34 (133): 203-13.
23. Stewart SM, Kennard BD, Lee PWH, Mayes T, Hughes C, Emslie G. Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46 (4): 364-72.
24. Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of resilience in homeless adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33 (1): 33-40.
25. Antognoli-Toland P. Toward a Theory of adolescent loneliness. *The Journal of theory Construction & testing* 1999; 3 (1): 7-12.
26. Koehn CV, Cutcliffe JR. Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature--part one. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14 (2): 134-40.
27. McLaughlin C. An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patient

- care for suicidal patients. *J Adv Nurs* 1999; 29 (5): 1042-51.
28. Cutcliffe JR, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9 (5): 611-21.
 29. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk for suicide. *J Adolesc* 1998; 21 (4): 359-70.
 30. Anderson M, Woodward L, Armstrong M. Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *Int Nurs Rev* 2004; 51 (4): 222-8.
 31. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs* 2002; 38 (3): 235-44.
 32. Orbach I. A Taxonomy of Factors Related to Suicidal Behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1997; 4 (3): 208-24.
 33. *Websters new universal Unabridged dictionary*. Second edition ed. NY: Dorset & Baber; 1983.
 34. *Oxford English Dictionary*. Oxford University Press; 2008.
 35. Lopata H. Loneliness: Forms and Components. *Social Problems* 1969; 17 (2): 249-50.
 36. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press; 2008.
 37. Richaud de Minzi MC, Sacchi C. Adolescent Loneliness Assessment. *Adolescente* 2004; 39: 701.
 38. Kraus L, Bazzini D, Davis M, Church M, Kirchman C. Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of social provisions. *Social Psychology Quarterly* 1993; 56 (1): 37-53.
 39. Younger JB. The alienation of the sufferer. *ANS Adv Nurs Sci* 1995; 17 (4): 53-72.
 40. Rokach A. Surviving and coping with loneliness. *J Psychol* 1990; 124 (1): 39-54.
 41. de Jong Gierveld J. A review of loneliness: concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology* 1998; 8: 73-80.
 42. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. Second edition. Appleton & Lange; 1999.
 43. Roy C, Pollock S. *Roy Adaptation Model-Based Research: 25 Years of Contributions to Nursing Science*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International Sigma Amazon; 1999.
 44. Calvert M. Human-Pet Interaction and loneliness: A test of concepts from Roy's Adaptation Model. *Nurs Sci Q* 1989; 2 (4): 194-202.
 45. Pruden E. *Roy Adaptation Model Testing: Dyadic Adaptation, Social Support, and Loneliness in COPD Dyads*. University of South Carolina; 1991.
 46. Asher, S, Paquette J. Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Sciences* 2003; 12: 75-8.
 47. Carpenito L. *Diagnósticos de enfermería. Aplicación para la práctica clínica*. 9 edición. McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
 48. Rokach A. The experience of loneliness: a tri-level model. *The Journal of Psychology* 1988; 122 (6): 531-44.
 49. Andersson L. A model of estrangement-including a theoretical understanding of loneliness. *Psychol Rep* 1986; 58 (3): 683-95.
 50. Adler G. The psychotherapy of core borderline psychopathology. *Am J Psychother* 1993; 47 (2): 194-205.
 51. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47 (3-4): 372-94.
 52. Santa Mina EE, Gallop R, Links P, Heslegrave R, Pringle D, Wekerle C et ál. The Self-Injury Questionnaire: evaluation of the psychometric properties in a clinical population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13 (2): 221-7.
 53. Lempers J, Clark-Lempers D. Young, middle and late adolescent comparisons of the functional importance of five significant relationship. *Journal of Youth and Adolescence* 2008; 21 (1): 53-95.
 54. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB et ál. Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosom Med* 2002; 64 (3): 407-17.
 55. Page RM, Cole GE. Loneliness and alcoholism risk in late adolescence: a comparative study of adults and adolescents. *Adolescence* 1991; 26 (104): 925-30.
 56. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ. Mental health variables and positive health practices in early adolescents. *Psychol Rep* 2001; 88 (3 Pt 2): 1023-30.

57. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37 (12): 1294-300.
58. Weber B, Metha A, Nelsen E. Relationships among multiple suicide ideation risk factors in college students. *Journal of College Student Psychotherapy* 1997; 11: 49-64.
59. Boergeors J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for adolescent suicide attempts: Association with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37 (12): 1287-93.
60. Schwarzer R, Jerusalem M, Kleine D. Predicting adolescent health complaints by personality and behaviors. *Psychology and Health* 1990; 4: 233-44.
61. Page RM, Allen O, Moore L, Hewitt C. Co-occurrence of substance use and loneliness as a risk factor for adolescent hopelessness. *J Sch Health* 1993; 63 (2): 104-8.
62. Joiner J, Coyne C. The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
63. Rotenberg KJ, Flood D. Loneliness, dysphoria, dietary restraint, and eating behavior. *Int J Eat Disord* 1999; 25 (1): 55-64.
64. Brage D, Meredith W, Woodward J. Correlates of loneliness among midwestern adolescents. *Adolescence* 1993; 28 (111): 685-93.
65. Mahon NE, Yarcheski A, Yarcheski TJ. Differences in social support and loneliness in adolescents according to developmental stage and gender. *Public Health Nurs* 1994; 11 (5): 361-8.
66. Gibson RL, Hartshorne TS. Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child Abuse Negl* 1996; 20 (11): 1087-93.
67. Russell D, Peplau L, Cutrona C. The Revised UCLA loneliness Scale. Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980; 39: 472-80.
68. Russell D, Peplau L, Fergusson M. Developing a Measure of Loneliness. En: *Journal of Personality Assessment* 1978; 42 (3): 290-294.
69. Russell D, Cutrona C, Rose J, Yurko K. Social an emotional Loneliness: An examination of Weiss ´s typology of loneliness. *Journal of personality and social psychology* 1984; 46 (6): 1313-1321.
70. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment* 1996; 66 (1): 20-40.